

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE n° 123

Travail du Service du Dr FAVRE
(Hôtel-Dieu de Lyon)
et du Laboratoire de la Clinique Dermatologique
(Institut Bactériologique de Lyon)

LYMPHOGRANULOMATOSE des Ganglions Inguinaux

(ULCÈRE VÉNÉRIEN ADÉNOGÈNE)

Ses rapports avec le Bubon Climatérique

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(Section de Médecine)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 15 mai 1922

PAR

M. ADRIEN PHYLACTOS

Né à Serrès (Grèce), le 24 Février 1897



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

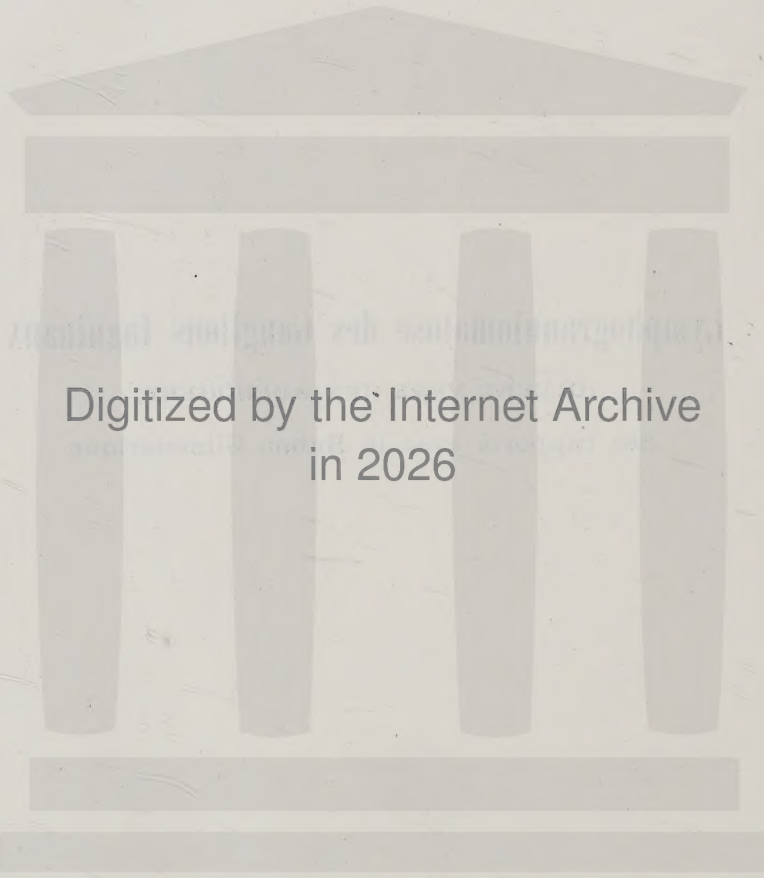
9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1922

Lymphogranulomatose des Ganglions Inguinaux

(ULCÈRE VÉNÉRIEN ADÉNOGÈNE)

Ses rapports avec le Bubon Climatérique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE n° 123

Travail du Service du Dr FAVRE
(Hôtel-Dieu de Lyon)
et du Laboratoire de la Clinique Dermatologique
(Institut Bactériologique de Lyon)

LYMPHOGRANULOMATOSE des Ganglions Inguinaux

(ULCÈRE VÉNÉRIEN ADÉNOGÈNE)

Ses rapports avec le Bubon Climatérique

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(Section de Médecine)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 15 mai 1922

PAR

M. ADRIEN PHYLACTOS

Né à Serrès (Grèce), le 24 Février 1897



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.		WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique et médicale		ROCHET.
Chimie organique et toxicologie		NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Chirurgie opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.)
		PIC.
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.	PATEL.
Botanique.	BRETIN.
Embryologie.	HOVELACQUE.
Orthopédie.	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN.	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY.	HOVELACQUE	ROUBIER
LÉRICHE	FROMENT.	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien.	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIÉRY.	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE.	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président ; CADE, assesseur ;

MM. CORDIER et FAVRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, ATHANASE PHYLACTOS,
Docteur ès-lettres,
Directeur du Gymnase grec « Pankypriou »

Hommage de tendre affection et d'in-
finie reconnaissance.

A MA SŒUR, A MES FRÈRES, A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage d'une tendresse infinie.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS,

*Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie à la Faculté
de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Nous le remercions très vivement du
bienveillant intérêt qu'il a apporté à ce
travail qui porte sur une affection, à
laquelle il a consacré de si importants
travaux. Nous voudrions qu'il retrouve
dans notre thèse l'écho de son enseigne-
ment si savant et si clair et en particu-
lier l'écho des leçons qu'il a professées
sur le sujet qui nous occupe.*

*Nous le prions de vouloir bien agréer,
avec nos remerciements, l'expression de
notre respectueuse reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE, MONSIEUR LE DOCTEUR FAVRE

Médecin des Hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

*Il nous a inspiré le sujet de ce travail,
et nous a guidé pas à pas dans sa rédac-
tion. Nous gardons des longues heures
passées dans son service et dans son
laboratoire à la préparation de notre
thèse un inoubliable souvenir. Nous
savons qu'en lui exprimant ce que nous
pensons de lui nous blesserions sa mo-
destie. Nous ne lui dirons qu'une chose :
toute notre inaltérable reconnaissance.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin de l'Antiquaille

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous tenons à lui dire combien nous avons été touchés de la courtoisie de son accueil. Il a bien voulu nous dire qu'il partageait entièrement les opinions que nous soutenons dans notre thèse. Nous sentons tout le prix que l'appui de sa haute autorité apporte à notre travail.

C'est un devoir pour nous de lui témoigner notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTOT,

Ancien chef de la Clinique de Dermatologie à la Faculté de

Médecine de Lyon

Nous le remercions des belles et démonstratives observations, qu'il a bien voulu nous fournir à l'appui de notre thèse. Son expérience du traitement radiothérapique de la lymphogranulomatose nous a guidé dans la rédaction d'un chapitre de notre thèse. Il nous a accueilli avec sa bienveillance accoutumée. Nous lui en sommes très sincèrement reconnaissant.

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ NATIONALE
D'ATHÈNES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Faible témoignage de notre reconnaissance, et de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR ECOT
*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Officier de la Légion d'Honneur*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE MARTIN
Professeur de Médecine Légale à la Faculté de Médecine de Lyon

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT
*Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRISTOMANOS

*Professeur de Pathologie générale à la Faculté de Médecine
de l'Université Nationale d'Athènes*

*Nous tenons à le remercier ici et à lui
adresser l'expression de la reconnais-
sance que nous gardons non seulement
de son enseignement magistral de la plus
haute portée, mais encore de sa bien
veillance, la plus aimable et la plus
accueillante qui se puisse voir.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PHOTINOS

*Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie à la Faculté de
Médecine de l'Université Nationale d'Athènes*

*Nous emportons le plus cher souvenir
de son enseignement magistral si pré-
cieux, et nous lui gardons la plus vive
gratitude.*

INTRODUCTION

La pathologie du système lymphatique subit depuis quelques années des remaniements considérables, et les obscurités qui l'entourent se dissipent peu à peu. Qu'il s'agisse d'affections progressives généralisées des ganglions, qu'il s'agisse de processus inflammatoires locaux de toute autre nature, des notions nouvelles relatives à leurs causes se substituent peu à peu aux données antérieures imprécises, et qui étaient loin d'avoir toujours un fondement expérimental rigoureusement établi.

Bien des généralisations excessives ont été faites en pathologie ganglionnaire ; on a attribué à certaines affections, à la tuberculose par exemple, un rôle beaucoup trop étendu. L'union intime de la clinique et du laboratoire a donné dans le domaine de la pathologie ganglionnaire des résultats remarquables, elle a ouvert des perspectives pleines de promesses.

Nous ne pourrions choisir un meilleur exemple, que celui des adénites inflammatoires de la région inguinale, pour servir de commentaire aux phrases qui précèdent.

L'histoire de ces adénites montre mieux que tout autre exemple le mutuel appui que le laboratoire et la clinique doivent se prêter. On lira dans notre historique les vicissitudes singulières d'une forme d'adénite inguinale

inflammatoire tour à tour considérée comme sans rapport avec la tuberculose, puis rattachée intimement à elle ; affection singulière, remarquable par la netteté de son individualité clinique.

Il a fallu compléter cette entité clinique par un ensemble de recherches histologiques, bactériologiques et étiologiques, pour donner enfin toute sa signification à l'affection, pour la séparer des autres variétés d'adénites inflammatoires de l'aîne, et établir le droit qu'elle possède d'être considérée désormais comme une affection réellement spécifique, comme une maladie distincte de la tuberculose, avec laquelle on avait voulu la confondre. C'est toute l'histoire de la maladie, qu'ont décrite, en 1913, MM. Durand, Nicolas et Favre, sous le nom de lymphogranulomatose inguinale, que nous venons en quelques lignes d'esquisser.

Cette nouvelle venue en pathologie ganglionnaire a acquis depuis 1913, droit de cité. Les travaux qui la concernent se sont accumulés, apportant de nouvelles preuves à l'appui des conceptions des auteurs lyonnais.

Nous nous proposons d'apporter notre pierre à l'édifice. Depuis 1913 la lymphogranulomatose inguinale n'a pas cessé d'occuper l'attention de nos maîtres, et particulièrement M. le Dr Favre.

Des faits nouveaux ont été observés, des points incomplètement élucidés ont été fouillés davantage. Notre but est d'en rapporter l'exposé.

Il eut été périlleux, à notre inexpérience, de s'engager dans un sujet difficile, et nous n'aurions pas affronté l'épreuve, si nous ne nous étions senti soutenu par l'autorité de notre maître M. Favre. C'est lui qui

nous a guidé pas à pas dans la rédaction de notre travail; c'est son expérience que l'on retrouvera au long de ces pages, ce sont les connaissances et les matériaux de tout genre qu'il a accumulés sur la pathologie ganglionnaire inguinale, dont il nous a fait libéralement profiter.

Nous sommes heureux et fier de l'honneur qu'il nous a fait en nous chargeant d'exposer ici ses recherches et de faire connaître ses conceptions qui sont aussi celles de cette grande école dermatologique qu'est l'école lyonnaise !

HISTORIQUE

Les travaux parus avant 1913. — Leur critique

C'est en 1913, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris que MM. Durand, Nicolas et Favre, attiraient l'attention sur une curieuse affection des ganglions de l'aîne, à laquelle ils donnaient le nom de Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Ils lui attribuaient une origine génitale, et tendaient à en faire une nouvelle affection vénérienne, ainsi que l'indique d'ailleurs le titre complet de leur mémoire.

Peu après, paraissait la remarquable thèse de leur élève Gaté, qui développait les principaux caractères de la maladie et surtout, qui apportait le détail des observations, qui avaient servi à MM. Durand, Nicolas et Favre à décrire cette nouvelle entité clinique. Les auteurs, d'ailleurs, reconnaissent que le fait individualisé dans leur description, avait été plus ou moins complètement observé avant eux, et qu'il était facile dans les écrits de Chassaignac et de Velpeau, dans les travaux de Nélaton et de son élève L'Hardy, de Brault et Chavanne, d'Imbert et Dugas, de Lélars, de Marion et Gandy, de reconnaître, à bien des

traits, l'affection sur laquelle ils attiraient l'attention. Mais, il serait facile de montrer combien ces descriptions antérieures étaient incomplètes, fragmentaires, et n'avaient entrevu que des points particuliers.

C'est ainsi, par exemple, que dans **Velpeau et Chassaignac** on ne trouve qu'une description macroscopique des lésions de la lymphogranulomatose ; il est d'ailleurs inexact de la considérer comme correspondant au type d'adénite à suppuration intraganglionnaire de Chassaignac. Nous verrons en effet que la suppuration dans cette forme d'adénite subaiguë de l'aîne, se fait non seulement dans le ganglion lui-même, mais aussi dans le tissu conjonctif enflammé, de la périadénite, qui soude les uns aux autres les divers ganglions.

Les travaux de **Nélaton** sont beaucoup plus précis ; on retrouve dans sa leçon clinique si remarquable, les principaux caractères de l'affection que nous décrivons. Le ramollissement partiel des ganglions, la création de fistules longtemps persistantes, sont expressément notés. Nélaton a vu dans quelques cas, sans y insister cependant suffisamment, des lésions cutanées, ayant servi de porte d'entrée à la maladie : vésicules d'herpès, dans les cas d'adénite inguinale, écorchures légères du petit doigt, sans importance, et qui étaient depuis longtemps cicatrisées, dans un cas fort intéressant, où l'adénite siégeait à la face interne et supérieure du bras. Nélaton attribue l'affection à un autre virus qu'au virus tuberculeux. Les recherches de l'Ecole Lyonnaise ont confirmé sur tous ces points les vues de Nélaton ; son travail est cependant très incomplet, l'expérimentation est à peine ébauchée, l'examen histologique des ganglions est sommairement rapporté.

La thèse inspirée par Nélaton à son élève **L'Hardy**, mérite le même jugement que le travail de Nélaton, dont elle n'est que le commentaire. Relevons dans cette thèse une observation intéressante, de lymphogranulomatose évoluant chez la femme et chez le mari. L'Hardy invoque à propos de ce cas une réelle contagion.

Nous voyons ici pour la première fois apparaître une notion, sur laquelle nous insisterons tout particulièrement, celle de la lymphogranulomatose, maladie transmissible, à la manière des autres maladies vénériennes.

La caractéristique des travaux de Nélaton et de L'Hardy est d'être surtout clinique, et le grand mérite de ces auteurs est d'avoir, par une impeccable analyse des symptômes et de l'évolution clinique, séparé, d'avec la tuberculose, les adénites subaiguës, dont ils donnent une excellente description.

Les remarquables travaux de Nélaton ne devaient pas tarder dans la suite à retomber dans l'obscurité ; la séparation, qu'il établissait entre l'adénite subaiguë simple et la tuberculose, devait être bientôt méconnue.

Dans les leçons de chirurgie de la Pitié, 1893-1894, **Lejars**, rapporte à la tuberculose, ce que Nélaton en avait soigneusement distrait ; et sous le nom de bubon strumeux, nous retrouvons les adénites, que nous nous proposons de décrire. Certaines des observations de Lejars sont des cas typiques de lymphogranulomatose inguinale. Il en est ainsi en particulier, de la troisième forme, décrite par l'auteur, forme « *de bubon strumeux de l'aîne occupant toute la région, adhérent partout, suppuré et fistulisé* ».

L'auteur, décrit comme un signe de tuberculose des

ganglions inguinaux, la tuméfaction du ganglion, qu'il désigne sous le nom de ganglion repère. « *Mais, avant de*
» *passer à la troisième forme, à la forme extrême du bu-*
» *bon strumeux, je tiens à faire ressortir devant vous un*
» *signe, qui ne vous fera, je puis dire, presque jamais*
» *défaut, et dont l'importance est bien réelle pour le*
» *diagnostic. Explorez la fosse iliaque de nos quatre*
» *malades, déprimez doucement et profondément la paroi*
» *abdominale derrière l'arcade de Faloppe, et vous sen-*
» *tirez très nettement, le long de la marge du bassin et*
» *des vaisseaux iliaques, un ganglion profond, gros, lui*
» *aussi, dur et un peu douloureux ; c'est le premier*
» *ganglion iliaque externe, que vous retrouverez d'une*
» *façon à peu près constante et que j'appellerai, si vous*
» *roulez bien, le ganglion repère (Fig. 54, p. 205). Et,*
» *de fait, quand vous hésitez sur la nature d'une adénite*
» *chronique de l'aine, cherchez-le toujours, et s'il existe,*
» *s'il est gros et sensible, vous serez presque constam-*
» *ment dans le vrai, en concluant à la tuberculose ».*

Nous ne partageons nullement les vues de M. Lejars. Les ganglions iliaques s'observent avec une remarquable fréquence, dans les adénites du type que nous décrivons.

Il n'est pas rare de voir chez des malades, des adénopathies iliaques volumineuses coexister avec l'adénite inguinale, et même persister après la disparition de cette dernière.

Nous ne pouvons donc souscrire à la thèse soutenue par M. Lejars, nous en donnerons d'ailleurs ultérieurement des raisons.

Le rattachement à la tuberculose de ces adénites subaiguës de l'aine, est fondé, dans le travail de M. Lejars sur

des arguments purement cliniques, contestables d'ailleurs. La longue durée, la persistance de fistules, n'entraînent nullement le diagnostic de tuberculose.

Ces arguments cliniques sont discutables, puisque l'observation des mêmes symptômes, avait inspiré à Nélaton de toutes autres conclusions. Aucune preuve bactériologique n'est apportée : pas d'inoculations, pas de recherches de bacilles.

Le travail de Lélars marque un véritable recul. La vérité, entrevue par Nélaton subit une éclipse. Les recherches histologiques interprétées dans un sens trop absolu vont encore contribuer à remettre tout en question avec le mémoire de Marion et Gandy.

C'est également, à la tuberculose que concluent **Marion et Gandy**, dans leur travail par ailleurs très important.

En le lisant on se convainc que, ce qui a entraîné l'affirmation des auteurs, c'est la constatation dans les tissus de cellules géantes, de formations épithélioïdes, de larges nodules subissant la fonte caséuse, puis purulente. « **Tout cela disent les auteurs, est la caractéristique histologique indéniable de la tuberculose et de la tuberculose seule.**

» **L'examen histologique nous donne donc la preuve certaine que les adénites subaiguës à foyers purulents intra-ganglionnaires que nous avons observées sont de nature tuberculeuse** ».

Ainsi, que l'ont fait remarquer nos Maîtres dans leur article de 1913, ces arguments histologiques ont perdu toute valeur. On sait, que nombre d'inflammations chroniques comptent parmi leurs réactions cellulaires les formations, épithélioïdes, les cellules géantes. Nous rappe-

lerons pour mémoire les recherches, aujourd'hui classiques, de MM. Nicolas et Favre sur les formations tuberculoïdes de la syphilis. Il n'en est pas moins vrai, que l'article de MM. Marion et Gandy est riche de constatations intéressantes, et l'on ne peut que regretter que les conceptions histologiques régnant sans conteste à l'époque où ont écrit ces auteurs, leur aient fait commettre une erreur fondamentale d'interprétation, qui vicie les conclusions d'une étude par ailleurs pleine de faits, de détails cliniques, de notes histologiques d'un grand intérêt. Nous ne reviendrons pas sur la monographie de **MM. Tanton et Pigeon** où nous retrouvons une bonne description clinique de nos adénites inguinales.

Nous ne retiendrons de ce mémoire que l'importante contribution expérimentale, qu'ils apportent à la question. Pour établir que les adénites observées par eux ne sont pas tuberculeuses, les auteurs ont fait 120 inoculations, qui toutes se sont montrées négatives. Relatons aussi le fait que, la recherche directe des microbes sur lame, a donné un résultat négatif 140 fois sur 147 examens.

Un point intéressant de ce travail, est qu'il signale la fréquence de ces adénites inguinales « *venant à maintes* » *périodes encombrer les salles de chirurgie des hôpi-* » *taux* ».

Les recherches bactériologiques des auteurs ont également un grand intérêt, bien que les travaux ultérieurs n'aient pas confirmé le rôle, qu'ils font jouer au bacillus fluorescens dans la pathogénie des lésions.

Brault, a consacré aux adénites subaiguës de l'aîne, à ce qu'il désigne de Bubon froid d'origine banale, quali-

ficatif qui explique toutes ses conceptions à ce sujet, une série d'articles qui méritent d'être lus avec attention.

La description clinique de la lymphogranulomatose y est tracée avec une parfaite fidélité. L'auteur attribue ces adénites à des pyogènes banaux ; nous aurons à discuter cette théorie. Mais, ce qui rend le travail de Brault particulièrement intéressant, c'est l'assimilation qu'il établit entre les bubons climatériques et les adénites subaiguës de la région inguinale. C'est là une notion nouvelle très peu développée par l'auteur, qui se contente de l'énoncer sans en apporter de preuve, mais elle est néanmoins intéressante à retenir.

Nous comptons apporter dans notre thèse des documents qui ne laisseront aucun doute sur l'identité des adénites climatériques et de la lymphogranulomatose, véritable adénite climatique nostras.

Les travaux de **MM. Imbert et Dugas**, sont surtout d'ordre chirurgical, et nous en signalons à ce point de vue le particulier intérêt.

Tout cet historique, comme aussi la discussion des travaux antérieurs a été abordé dans la thèse de M. Gaté.

Depuis ce travail, mon Maître, M. Favre, a trouvé dans la littérature des indications intéressantes touchant la lymphogranulomatose, que nombre de cliniciens n'avaient pas manqué d'observer confusément, il est vrai, depuis longtemps.

C'est ainsi, que les vénérologues du siècle dernier avaient observé des bubons qui apparaissaient indépendamment de toute chancrelle. Ils avaient noté que très fréquemment l'inoculation du bubon ne donnait pas lieu

à la pustule caractéristique du chancre mou expérimental. Parfois, ces bubons apparaissaient sans lésion génitale nette antécédente. C'était là le bubon d'emblée. On sait que cette conception n'a pas résisté aux critiques de Ricord et Mauriac, de Fournier et surtout de Rollet.

Ces auteurs, ont rapporté ces ganglions à l'une des quatre catégories suivantes :

« 1° *Bubon chancreux ou chancrelleux ; mais le chancre ou la chancrelle grâce à leurs étroites dimensions ou à leur situation cachée, se sont dérochés à l'observation, ou bien ils ont guéri, et leur trace s'est effacée avant que l'adénite parût.*

« 2° *L'adénite tertiaire, au cours d'une syphilis ignorée ; Sturgis, Mauriac en donnent des exemples ;*

« 3° *Bubon strumeux : il représente la majorité des cas :*

« 4° *Enfin adénite simple succédant au coït et due, sans doute, à une minime déchirure, une légère balanoposthite, un de ces micro-traumas, qui suffisent à ouvrir la voie aux germes virulents, tout en ne laissant aucune trace ».* (Léjars in Traité de Chirurgie).

Il résulte de ces travaux, que le bubon d'emblée est, pour les anciens auteurs, soit dans la majorité des cas un bubon strumeux, ou une adénite simple succédant au coït.

Nous ferons rapidement justice de cette dernière étiologie, incompréhensible à nos conceptions actuelles. Ces adénites du coït sont, ainsi que la description qui en a été donnée le démontre, des adénites inflammatoires, dont la porte d'entrée a été méconnue, et qui doivent ressortir pour la plupart des cas aux adénites que nous décrivons.

Quant au bubon strumeux nous savons ce qu'il faut en penser, et combien la conception de cette variété de bubon est dépourvue de base expérimentale.

Il en résulte que, si l'on veut retrouver chez les anciens auteurs trace des adénites que mon Maître décrit, c'est dans les travaux consacrés au bubon d'emblée, au bubon sympathique, au bubon non inoculable, aux bubons provoqués par le coït que l'on pourra les retrouver sans peine. Nous ne pouvons nous étendre autant qu'il serait intéressant de le faire sur la lymphogranulomatose avant la lettre. Il y aurait un chapitre intéressant à faire à ce sujet, qui montrerait les perplexités des anciens observateurs en présence de faits inexplicables, qu'ils rencontraient et qui ne rentraient pas dans les catégories établies à cette époque ; qui ne faisaient point leur preuve expérimentale, et qui déroutaient l'observateur.

Nous ferons au cours de ce travail des citations empruntées aux travaux des vénéréologues du siècle dernier. Ces citations, qu'il serait facile de multiplier, démontreront que la variété d'adénite de l'aîne définitivement individualisée en 1913, sous le nom de lymphogranulomatose avait été vue par ces excellents cliniciens, sans qu'ils aient pu en dégager la signification réelle.

C'est enfin, bien loin des syphiligraphes, dans les cliniques de Trousseau, que nous trouvons une description d'adénites inguinales, qui mérite de sortir de l'oubli où elle avait été jusqu'ici laissée.

Nous lisons dans les cliniques de Trousseau, au chapitre de l'Adénie, les lignes suivantes :

« J'ai bien souvent observé une affection ganglionnaire

» chez de jeunes créoles et plus particulièrement chez des
» créoles de l'île de la Réunion et de Maurice. Je ne sau-
» rais dire, messieurs, si j'ai dû au hasard seulement
» de ne voir cette forme particulière de l'adénie que sur
» des jeunes gens nés dans les colonies dont je viens
» de parler, tandis que pas une fois je n'en ai vu chez les
» personnes nées dans les Antilles françaises ou anglaises.

» Dans l'adolescence, et plutôt chez les garçons que
» chez les filles nous voyons les ganglions profonds et su-
» perficiels des aines se gonfler, tantôt d'un seul côté,
» tantôt des deux côtés à la fois. Cette maladie vient par
» paroxysmes durant un, deux, trois mois, et séparés par
» des intervalles qui peuvent être de plusieurs mois. Puis
» vient un paroxysme plus violent que les autres, et
» quelques-uns des ganglions suppurent. Dans certains
» cas, la suppuration s'étend à plusieurs ganglions et
» successivement à toute la masse ganglionnaire. Les
» malades sont condamnés alors à un long séjour au lit
» et à la chambre, et la suppuration n'est quelquefois
» tarie qu'après une année.

.....
» Dans le plus grand nombre des cas qu'il m'a été
» donné d'observer, la maladie s'est arrêtée vers l'âge de
» la virilité, sans que l'action de la médecine m'ait sem-
» blé fort utile ».

Par un singulier hasard que n'a pas manqué de relever Trousseau, les malades porteurs de l'affection ganglionnaire, qu'il décrit, provenaient des pays chauds. Ce n'est que quelques années plus tard que ces adénites inguinales des régions chaudes devaient être décrites, sous le nom de bubons climatériques.

Il a fallu venir jusqu'à Nélaton pour trouver la description d'adénites évoluant chez des malades de nos pays, avec la symptomatologie de celles observées par Trousseau.

Nous verrons, qu'à l'heure actuelle, la synthèse est faite, entre les adénites subaiguës observées dans les pays chauds, et dont Trousseau avait déjà noté la curieuse évolution clinique, et des inflammations ganglionnaires d'aspect identique, apparaissant dans nos climats, et que nous nous proposons de décrire dans notre thèse.

Travaux postérieurs à 1913

Nous abordons actuellement les travaux parus depuis 1913, et dont nous parlerons surtout au cours de notre travail ; ce sont, indépendamment des publications des travaux lyonnais, postérieurs à la thèse de Gaté, l'article de MM. Ravaut et Scheikevitch, qui signale la fréquence de la lymphogranulomatosose à Paris, le rôle possible d'un parasitisme amibien, et le traitement de l'affection par l'émétine. Ce sont les recherches de M. Bory et la description qu'il apporte de la lésion de début, de ce qu'il nomme justement le chancre lymphogranulomatosisque : ce sont les recherches de M. Joltrain, qui permettent de séparer la lymphogranulomatosose des adénites pesteuses.

Il s'est donc dessiné en ces derniers mois un mouvement d'attention et de recherches, qui rendent plus actuelle et plus intéressante l'affection qui fait l'objet de notre thèse.

Lymphogranulomatose inguinale et bubons climatériques

Nous bornerions là cet historique déjà fort long, si les recherches de notre Maître, M. Favre, n'avaient réussi à le convaincre de l'identité complète des adénites de la lymphogranulomatose inguinale et de la variété d'adénite inguinale observée dans les pays chauds et désignée depuis Scheube du nom *Bubon climatérique*.

Nous aurions ici à faire tout l'historique de la question du bubon climatérique, et des diverses interprétations qui en ont été données. On trouvera à la fin de notre travail une bibliographie étendue de la question.

On verra, qu'après de longues hésitations, des interprétations très variées, une conception s'est fait jour, qui attribue aux adénites climatériques une origine génitale, qui affirme leur spécificité, leur absence de relation soit avec la tuberculose, soit avec la peste, soit avec les maladies vénériennes jusqu'ici individualisées, et ne reconnaît pas comme pouvant les reproduire les germes pyogènes banaux.

Nous voulons parler du mémoire aussi documenté que riche d'observations cliniques, rédigé par MM. Müller et Justi.

L'identité du bubon climatérique et de nos adénites, qui s'impose à la lecture des observations cliniques de l'une et l'autre affection, peut être maintenant poussée beaucoup plus loin. Nous sommes en présence de deux manifestations de même ordre, véritables maladies génitales, dont l'origine vénérienne affirmée dès 1913 pour la lymphogranulomatose, est regardée comme infiniment probable en 1914 pour le bubon climatérique.

Par là ces deux affections se rejoignent, et la question des adénites si particulières, que nous étudions, s'élargit donc considérablement. Ses limites dépassent de beaucoup celles qui lui avaient été fixées en 1913.

Nous insistons avec notre Maître, M. Favre, sur ce point particulier. C'est à chaque page que nous montrons par les faits l'identité des deux maladies. A propos de l'étude clinique tout aussi bien que de l'anatomie pathologique, de l'étiologie ou de la pathogénie, nous ferons remarquer combien sont semblables les constatations auxquelles ont donné lieu l'une et l'autre affection.

Nous avons hâte d'entrer dans le plein d'un sujet, auquel nous nous proposons apporter soit une contribution nouvelle, soit des développements nouveaux.

PLAN DE LA THESE

Nous envisagerons successivement l'étude clinique, anatomopathologique, étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose inguinale. Nous insisterons tout particulièrement sur les rapports du bubon climatérique et de nos adénites. Nous terminerons par quelques considérations sur le traitement. Nous aurons donc ainsi autant de chapitres un peu inégaux suivant l'importance du sujet traité, et qui apporteront une contribution nouvelle à la publication initiale de 1913.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CLINIQUE

Symptômes majeurs de lymphogranulomatose. — Son évolution. — Description générale

Les traits cliniques, par lesquels se caractérise l'affection que nous étudions, ont été trop longuement décrits dans les mémoires antérieurs, pour que nous les retracions ici.

Ce qui caractérise la lymphogranulomatose inguinale, ce qui lui donne une physionomie bien à part, c'est tout d'abord sa localisation au système des ganglions inguinaux, ou pour être plus exact, au groupe ganglionnaire inguino-iliaque.

L'adénite se développe plus ou moins vite, mais lorsqu'elle est constituée, elle forme une masse saillante très volumineuse, à caractères nettement inflammatoires.

Les ganglions fusionnés par une périadénite constante au moins à la période d'état de l'affection, sont durs. La peau à la surface tend à s'épaissir, elle prend une teinte rose violacée, que nous considérons comme fréquente et

assez caractéristique (adénite violette). Cette peau épaissie, infiltrée, adhère aux plans profonds.

Il est presque de règle de voir coexister avec l'adénite inguinale une adénopathie iliaque, qui présente les mêmes caractères d'induration, de lobulation, et nous ajouterons d'indolence. Nous verrons, en effet, que la période troublée d'installation de ces adénites une fois passée, et alors qu'à la surface, les téguments, de teinte violacée sont largement inflammés, la masse ganglionnaire est d'une remarquable indolence. L'évolution va dès lors se poursuivre avec une marche traînante, interminable dirions-nous, si la thérapeutique n'intervient pas.

L'adénopathie peut conserver pendant un temps très long l'allure d'inflammation subaiguë sans tendre à la suppuration. Le paquet ganglionnaire reste dur, en aucun point la fluctuation n'est perceptible à l'exploration : mais il est fréquent également qu'une autre éventualité se produise, et qu'en un point de la saillie formée par des ganglions agminés un ramollissement partiel se manifeste, sur une surface toujours peu étendue. La peau devient dépressible, l'extrémité digitale pénètre dans une sorte de cavité circonscrite par les parois dures des tissus voisins, qui n'ont pas subi la fonte purulente. Nous le répétons, ce ramollissement est toujours circonscrit, il évolue par foyers distincts ; jamais on ne voit ici la masse ganglionnaire subir dans sa totalité la fonte purulente, qui la transforme en une poche unique, en l'abcès collecté si typique du bubon chancrelleux.

La formation de petits abcès localisés est suivie de leur évacuation à l'extérieur, évolution très tardive, si elle est spontanée. Si l'on intervient la quantité du pus que l'on

évacue est minime ; et ce pus, très particulier, blanchâtre, visqueux, filant, a des caractères macroscopiques que l'on ne trouve pas dans les autres adénites.

La collection évacuée reste fistuleuse, et l'on peut voir les régions inguinales perforées de nombreux pertuis, qui s'ouvrent à travers des téguments infiltrés et épaissis, et par lesquels, s'écoule en minime quantité le sero-pus, dont nous avons noté les caractères. Nul phagédénisme ne s'observe ; on ne le voit d'ailleurs pas davantage s'installer après les larges interventions que nécessite parfois la cure chirurgicale des ganglions enlevés.

L'évolution de l'affection s'accompagne souvent au début d'un cortège de phénomènes généraux, que nous aurons à décrire. Plus tard, l'accoutumance se fait pour ainsi dire ; ce sont les phénomènes locaux qui prédominent. On voit donc combien cette adénopathie s'éloigne des types habituels des adénites inflammatoires de la région inguinale.

Lorsqu'on recherche la porte d'entrée de ces affections ganglionnaires en étudiant avec un soin scrupuleux les territoires cutanés qui dépendent des ganglions inguino-iliaques, on trouve de petites lésions génitales dont nous aurons à décrire les aspects, et qui représentent l'accident primitif, le chancre lymphogranulomatosique.

Tel est sommairement esquissé l'aspect clinique de la maladie si curieuse dont MM. Nicolas et Favre ont réuni les traits jusque là épars.

Lorsqu'on a observé quelques-uns des malades qui en sont porteurs, on ne méconnaît plus pareille affection, tant sa marche, son aspect clinique, l'ensemble de phénomènes objectifs et de troubles fonctionnels, qui la carac-

térisent s'imposent désormais à celui qui l'a une première fois constatée.

A cette description générale nous devons ajouter quelques traits particuliers, quelques développements qui font plus particulièrement partie de ce chapitre clinique.

Nous étudierons successivement le mode du début de l'affection, l'adénite elle-même, les phénomènes généraux qui l'accompagnent, les types divers d'accidents primitifs.

Enfin nous aurons à envisager la question de la localisation inguinale de la maladie que nous étudions. Nous n'insisterons que sur les points complètement nouveaux ou qui nous paraissent avoir insuffisamment attiré l'attention.

Mais, avant d'aborder l'exposé de ces données, il nous paraît capital de signaler que la description générale que nous venons de donner s'applique trait pour trait à l'affection ganglionnaire, que l'on désigne sous le nom d'adénite climatérique. C'est la même localisation aux ganglions inguinaux et iliaques, c'est la même évolution lente, torpide, les mêmes suppurations parcellaires, les mêmes fistules interminables, si l'on n'intervient pas par un traitement chirurgical.

Il nous a paru indispensable d'établir dès ce moment sur le terrain clinique cette parenté en faveur de laquelle nous apporterons ultérieurement des arguments, qui nous ont paru pleinement convaincants.

Modes de début de la lymphogranulomatose

1° FORME INSIDIEUSE AVEC ATTÉNUATION DES PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX :

Le plus ordinairement le début est insidieux ; c'est par

une légère douleur, qu'il éprouve à la région inguinale, que le malade est averti d'un état anormal, et qu'il constate lui-même la présence de ganglions à cette période peu développés, isolés, roulant sous le doigt. L'adénite peut présenter, à cette période, un véritable caractère syphiloïde, sur lequel nous reviendrons.

Les phénomènes généraux sont à ce moment très peu marqués ; ils s'accusent lorsque les ganglions grossissent et se fusionnent, pour former l'adénopathie typique de la période d'état. Dès le début, même, lorsque l'adénite est réduite à des ganglions isolés, elle est nettement douloureuse.

Si l'on vient à appuyer avec l'index sur un des ganglions durs et encore mobiles, que l'on voit apparaître tout au début de la maladie, le malade accuse une sensation nette de douleur, que l'on n'observe pas sur d'autres adénopathies avec lesquelles la lymphogranulomatose pourrait être confondue à cette période de début, et spécialement sur les ganglions de la syphilis. Les phénomènes inflammatoires locaux ne tardent généralement pas à se manifester dans les jours qui suivent, et la périadénite apparaît plus ou moins rapide soudant les ganglions isolés et les englobant dans la masse inflammatoire dure de la période d'état.

Il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons vu une forme clinique particulière, rare d'ailleurs, que nous allons décrire.

2° FORME A APPARITION TARDIVE DE L'INFLAMMATION LOCALE.

M. le D^r Favre a observé dans son service un malade,

chez lequel se développa une masse ganglionnaire inguiniliaque lobulée, dure, indolente, ne manifestant aucune inflammation alors même qu'elle avait atteint un gros volume. Le diagnostic s'orienta dans le sens d'une lymphadénie à début inguinal, que l'état général du malade, déprimé et anémique, tendait à confirmer. Ce n'est que l'apparition ultérieure de fièvre, de douleurs locales tardives qui firent soupçonner la lymphogranulomatose, dont la maladie prenait bientôt le type clinique complet. Cela est un exemple rare du retard d'apparition des phénomènes inflammatoires locaux, qui sont à l'ordinaire précoces.

3° FORME CLINIQUE A DÉBUT BRUSQUE SIMULANT L'ADÉNITE AIGÜE AVEC APPARITION RAPIDE DES SIGNES INFLAMMATOIRES LOCAUX :

Ce mode de début est moins rare. M. le Dr Favre en a observé personnellement deux cas. La tuméfaction ganglionnaire s'était développée en quelques jours, avec apparition rapide de douleurs, de rougeur cutanée. Le malade présentait le tableau complet d'une adénite aiguë. Mais, dans ces deux cas, les phénomènes inflammatoires ne tardaient pas à rétrocéder, et l'affection reprenait bientôt le type clinique qui lui est familier, celui d'une inflammation subaiguë et presque torpide.

Cette troisième forme, sur laquelle nous n'insisterons pas, a été décrite dans la thèse de M. Gaté.

Il y aurait lieu de comparer ces évolutions morbides, dont on pourrait d'ailleurs multiplier sans profit les types, avec les descriptions données par Brault et par divers auteurs, d'adénites qui se rapportent certainement

à notre maladie ; nous croyons qu'il est sans profit de le faire. Si, à ses débuts, la maladie n'affecte pas toujours un caractère uniforme, elle devient véritablement typique à la période d'état, ainsi que nous l'avons signalé.

La période d'état

ASPECT DE L'ADÉNITE :

Cet aspect a bien été décrit dans la thèse de M. Gaté. Nous insisterons avec lui sur la dureté de la masse ganglionnaire, sur les lobulations qu'on y perçoit, et qui traduisent la fusion de ganglions multiples par la périadénite.

Nous attirons spécialement l'attention sur l'aspect des téguments, qui à la surface de la tuméfaction inflammatoire prennent très souvent à la période d'état une teinte rosé violacée. Nous rappellerons également l'épaississement des téguments, la véritable cellulite qui se développe autour de ces adénites. Il est un signe sur lequel nous voulons insister, et qui n'a pas été suffisamment mis en évidence.

SIGNE DE « L'ÉBRANLEMENT GANGLIONNAIRE » :

M. Favre le désigne sous le nom de signe de « l'ébranlement ganglionnaire ». Lorsque l'on saisit à pleine main la masse adénitique et qu'on cherche à la mobiliser sur les plans profonds, on est frappé du peu de douleur que le malade accuse à ce moment. Les ganglions forment parfois une saillie très manifeste, nettement inflammatoire ; cependant l'ébranlement de la masse ganglionnaire ne réveille presque aucune douleur. Il y a là un caractère

particulier à la lymphogranulomatose, et par lequel elle diffère des adénites à pyogènes et surtout des bubons du chancre mou.

FRÉQUENCE DE L'ADÉNOPATHIE ILIAQUE :

Nous avons déjà parlé de la fréquence des ganglions iliaques coexistence, accompagnant l'adénopathie inguinale. M. le Pr. Nicolas insiste particulièrement sur ce point.

L'adénite iliaque peut être très volumineuse ; on la découvre très facilement le long des vaisseaux iliaques externes, elle présente les mêmes caractères que l'adénopathie inguinale. Nous l'avons vue chez un de nos malades persister après la disparition des ganglions inguinaux traités par la radiothérapie. Il est à noter que ces adénopathies iliaques disparaissent spontanément lorsque une intervention a permis l'ablation des masses inguinales.

Phase suppurative. — Les fistules, leur description

Nous avons décrit les ganglions à la phase de suppuration ; nous avons signalé les caractères toujours partiels des ramollissements inflammatoires, qui se produisent à cette période, le type caractéristique de ces petites suppurations, *de ces puits suppurés à margelle dure* que l'on observe à ce moment. Nous ne reviendrons pas sur les caractères macroscopiques du pus. Nous insisterons davantage sur les fistules.

Elles sont souvent de très petites dimensions, s'ouvrent au sein des téguments épaissis et n'ont aucune tendance à

s'éverser, à prendre le type d'ulcérations progressives et douloureuses que l'on note si souvent dans les descriptions des plaies d'ouverture d'adénites chancrelleuses.

Nous répétons que sur le très grand nombre des cas jusqu'à maintenant observés à Lyon, on n'a jamais noté la chancrellisation de l'ouverture ganglionnaire, et à plus forte raison de phagédénisme cutané que l'on a vu parfois se développer sur une grande étendue de la paroi inguinale, après ouverture à la peau d'un bubon chancrelleux.

Ces fistules peuvent être nombreuses, s'ouvrir parfois assez bas dans le pli inguinal. Nous avons vu ces fistules réunies les unes aux autres par des épaissements tégumentaires de consistance chéloïdienne, chez des malades traités par la radiothérapie.

Ajoutons en ce qui concerne la description des fistules et de la suppuration, que le liquide qui sourd des fistules est peu irritant ; nous avons vu une seule fois se développer sur un placard d'adénite fistuleuse des vésicules d'un type particulier, vésicules superficielles, blanchâtres, laiteuses, dont le contenu n'a pu être malheureusement examiné, mais différerait complètement du pus des pyodermes banales par ses caractères macroscopiques.

Chez plusieurs malades, M. Favre a vu les fistules bordées d'un anneau blanchâtre. Il a vu parfois les fistules conduire dans une cavité, dans laquelle faisait saillie un ganglion partiellement disséqué par la suppuration. L'exploration de la fistule et du ganglion était indolore. Ces décollements ganglionnaires lui ont paru rares. Ils semblent avoir été plus fréquemment observés par quelques auteurs. Peut être, s'agit-il dans ces cas, comme l'a pensé Gaté,

de complications secondaires, d'infection surajoutée au virus spécifique de lymphogranulomatose.

Phénomènes généraux

Le retentissement sur l'état général n'avait pas été l'objet de long développement dans le mémoire de 1913. Depuis, MM. Durand, Nicolas, Favre et Gaté sont revenus sur ce sujet ; il mérite de nous retenir un instant. Si parfois l'affection ganglionnaire que nous décrivons évolue avec une atteinte minime de l'état général, il n'en est pas toujours ainsi. Il est des malades, chez lesquels on voit en même temps que l'adénite s'installer de la fièvre, et surtout apparaître une anorexie, que nous avons observée avec une très grande fréquence. Il n'existe souvent pas d'autres phénomènes digestifs que cette inappétence. Elle persiste un temps variable et disparaît à la phase de tolérance de la maladie où les phénomènes généraux rétrocedent, et où l'affection reste surtout une maladie locale. A l'anorexie il faut joindre l'amaigrissement, qui n'explique pas toujours l'insuffisante alimentation. Il faut y joindre également un certain degré d'anémie parfois très manifeste. Chez le malade à l'observation duquel nous avons noté un mode aphasique de l'adénite, cette anémie était très marquée. Parmi des complications plus rares que l'on put observer le pseudo-rhumatisme a été signalé.

A la société médicale des Hôpitaux de Lyon, en mars 1914, quatre cas en furent rapportés. Depuis, M. Favre n'en a pas observé de nouveaux cas. « *Ce pseudo-rhumatisme peut être, tantôt polyarticulaire, généralisé,*

» très fébrile à la façon d'un rhumatisme articulaire aigu
» franc (deux cas). Il peut être trainant, torpide, affecté
» tant le type arthralgique (deux cas). Il est à noter qu'
» les deux cas où les poussées ont été les plus aiguës ont
» suivi l'intervention chirurgicale, celle-ci ayant pu favo-
» riser la dissémination de l'infection. L'aspirine, le sali-
» cylate, sont de peu d'efficacité dans ces poussées arti-
» culaires ».

Nous insistons en terminant à propos des phénomènes généraux sur les deux phases fréquemment notées dans l'évolution de la lymphogranulomatose :

1° La phase troublée du début, où les phénomènes généraux apparaissent et se développent en même temps que la fièvre ; et

2° La phase d'état, où la maladie est surtout locale où une sorte d'accoutumance paraît s'être faite, et au cours de laquelle on voit diminuer la température, et s'atténuer plus ou moins complètement la réaction générale du début.

Il est à noter que dans les adénites climatériques les mêmes phénomènes généraux ont été signalés ; les auteurs ont attiré l'attention sur l'inappétence, l'amaigrissement, sur l'anémie, comme aussi sur les manifestations rhumatismales. Zur Werth, entre autres a vu si souvent des poussées articulaires au cours des adénites climatériques, qu'il considère ces adénites comme ayant une étroite parenté avec le rhumatisme.

Courbe thermique dans la lymphogranulomatose inguinale

Il est intéressant de donner quelques précisions sur l'état fébrile des malades.

La fièvre est surtout manifeste dans les formes qui s'accompagnent d'un retentissement accusé sur l'état général ; nous l'avons vue dans ces cas persister pendant deux à trois semaines, avec le type de fièvre remittente à oscillations assez étendues, dépassant un degré et demi, parfois deux. Elle est, comme les phénomènes généraux, l'apanage des périodes d'installation de l'adénite ; à la phase d'état la température est parfois nulle ou subfébrile, oscillant entre $37^{\circ},2$ ou $37^{\circ},3$ le matin et 38 ou $38^{\circ},5$ le soir.

Il n'est pas possible de décrire une courbe de température caractéristique ; et nous avons observé chez nos malades, des types thermiques anormaux esquissant une courbe ondulante ; des températures élevées persistant pendant quelques jours, parfois, au contraire des réactions fébriles extrêmement atténuées.

Ce qui nous paraît devoir être retenu, c'est la notion que la fièvre persiste rarement élevée à la période d'état, et qu'elle est surtout nette, nous le répétons encore, à la phase du début.

Les auteurs qui ont étudié les bubons climatériques signalent également les mêmes faits à propos de la température, qui est rarement très élevée, qui tend à baisser et à revenir à la normale au stade où l'affection devient chronique (Müller et Justi), où la suppuration s'installe (Rost).

Les portes d'entrée de l'infection ganglionnaire

Le mémoire de 1913 insistait sur la recherche de la lésion d'inoculation de ces adénites. Déjà Nélaton, puis

Marion et Gandy avaient signalé l'existence de lésions génitales, dont le type le plus fréquent était celui d'une érosion herpétiforme ; Tanton, Pigeon avaient vu la tuméfaction ganglionnaire apparaître chez des malades porteurs de lésions génitales diverses. Nul n'avait, en fait, soupçonné l'affection d'être spécifique, de débiter par des accidents bien particuliers et de physionomie propre ; nul n'en avait fait une affection génitale, et ne l'avait rapprochée des maladies vénériennes. Ce sont autant de points qui ont cependant attiré l'attention de nos Maîtres Lyonnais, et qui leur ont fait dire que leur maladie est une maladie génitale, et qu'elle a une origine vénérienne.

Etudions ce que l'on pourrait appeler son accident primitif. Il n'a pas toujours le même aspect, et l'on peut décrire plusieurs modes de début de l'infection qui, d'abord localisée, envahira plus tard les ganglions.

1° TYPE ULCÉREUX SUPERFICIEL. — CHANCRE HERPÉTI-FORME :

Il est fréquemment observé. Lorsqu'on examine avec soin la région génitale chez les malades porteurs des adénites que nous décrivons, on observe une ulcération très superficielle lenticulaire, parfaitement arrondie, dont le fond est rouge, dont les bords ne présentent aucun décollement. Cet accident ulcéreux ne suppure pas ou peu, il donne plutôt naissance à une sérosité claire. La superficialité de la lésion, son orbicularité parfaite l'apparentent comme aspect et comme dimensions à une vésicule d'herpès. On a pu qualifier d'herpétiforme cette lésion, pour la description de laquelle nous renvoyons au mémoire de 1913 et à la thèse de Gaté où il est étudié minutieusement, et où ses caractères sont parfaitement analysés.

Ainsi qu'on l'a fait remarquer, cet accident peut disparaître rapidement, et il faut en rechercher la trace sous la forme d'une minime rougeur lenticulaire encore persistante, et recouverte d'une squamule épidermique.

Nous insistons sur l'absence constante de prurit, et l'on comprend sans peine, qu'une telle lésion superficielle, indolore, ne provoquant aucun phénomène réactionnel puisse passer inaperçue. Si la destinée de cette petite lésion est d'être peu durable, M. Favre a vu par contre des accidents de ce type persister fort longtemps en gardant l'aspect d'érosions superficielles, suintantes, miroitantes, présentant une réelle résistance à la thérapeutique. Ce sont des accidents de ce genre que déjà Nélaton, puis Marion et Gandy avaient observés chez leurs malades. Ce sont les mêmes accidents que nous trouvons signalés dans d'intéressantes observations de M. Ravaut et Scheikévitch, de M. Bory.

Quelques lignes de M. Bory sont-ici à citer à propos d'un cas qu'il a observé. Il s'agissait d'un malade : Go., Obs. II (Progrès médical. Décembre 1921), atteint de lymphogranulomatose.

M. Bory note : « *Aucune plaie, aucun chancre. Cependant, à un examen plus minutieux, nous découvrons sur le côté droit du prépuce un petit point rouge légèrement érodé, gros comme une tête de fine épingle, que le malade a bien remarqué, mais auquel il n'a attribué, en raison de l'indolence et des dimensions, aucune importance. Cette minuscule érosion date cependant de deux mois, sans que son aspect se soit modifié depuis son début : quand on le détaille, on voit qu'elle est composée d'un point blanchâtre central, entouré d'un*

» *petit liseré rouge, comme s'il s'agissait d'une vésicule*
» *d'herpès en voie de guérison.*

» *Le malade n'avait eu aucun rapport sexuel, sauf un*
» *mois avant l'apparition de cette curieuse petite lésion,*
» *si remarquablement persistante ».*

Cette observation nous montre avec quel soin il faut rechercher chez les malades la minime érosion du chancre lymphogranulomateux herpétiforme.

Formes agminées à accidents multiples, à poussées successives

Dans la très grande majorité des cas observés le chancre lymphogranulomateux reste unique, qu'il s'agisse d'un accident herpétiforme ou d'un chancre papuleux.

Chez certains malades nous avons vu survenir des accidents multiples ; dans un de nos cas le malade a présenté à plusieurs reprises, sur la verge, des poussées d'accidents rappelant l'herpès, mais plus superficiels que lui, sans rougeur périphérique étendue, sans prurit. Chez un autre malade l'adénopathie fut précédée par l'apparition de petites lésions, occupant la cavité préputiale apparaissant et disparaissant.

Au moment où M. Favre les a observées, alors que l'adénite était déjà très développée, cette éruption existait encore, caractérisée par de petits éléments plans ou légèrement papuleux, du volume d'une tête d'épingle, très superficiels ; sur quelques-uns de ces éléments on voyait une très minime érosion cupuliforme. Le groupement de certains de ces éléments rappelait l'herpès, mais les lésions éruptives avaient un caractère de superficialité

que l'on n'observe pas à un tel degré dans l'herpès légitime. Le prurit faisait complètement défaut.

Forme papuleuse. Chancres papuleux

La lésion primitive au lieu d'être très superficielle érosive, de ne s'accompagner d'aucune infiltration peut au contraire apparaître sous la forme d'une saillie papuleuse formant un relief très net. Les dimensions de la lésion restent toujours minimales.

L'épithète de lenticulaire continue à pouvoir lui être appliqué ; mais on trouve à la palpation une infiltration, que faisait prévoir la saillie du nodule. La surface de l'élément est érodée, creusée en forme de légère cupule ; les bords de l'ulcération rejoignent l'épiderme voisin sans présenter aucun décollement. Les dimensions de certains de ces accidents rappellent celles de petits chancres moux papuleux, mais l'aspect en est bien différent.

Jamais dans aucun cas les petites lésions que nous avons observées n'ont atteint, à loin près, le volume des types de chancres papuleuses et nodulaires, figurées par M. Ferrand dans son très remarquable article de la Presse Médicale de 1918. Ces chancres lymphogranulomatiques papuleux font une saillie nette à la vue ; mais l'infiltration sur laquelle ils reposent est toujours très circonscrite, faiblement consistante.

L'ulcération très superficielle, régulière, à fond rouge, de cet accident parfaitement indolore, ne ressemble en rien à l'ulcération plus vaste, à bourgeonnement plus irrégulier, à fond suppurant du chancre mou papuleux, d'ailleurs douloureux à la pression.

Dans un des cas observés par M. Favre, l'accident primitif nodulaire se continuait dans les téguments par un court trajet de lymphite. Nous insistons sur ce type papuleux qui n'est pas décrit dans la thèse de M. Gaté, et dont mon maître, M. Favre, a eu l'occasion de voir plusieurs exemples typiques.

Nous insistons d'autant plus sur cette forme qu'on l'a retrouvée avec les mêmes caractères chez des malades porteurs de bubons climatériques. Nous ne saurions, en effet, mieux résumer les caractères du chancre lymphogranulomatosique papuleux qu'en rapportant la description donnée par Müller de la lésion observée sur le prépuce d'un de ses malades porteur de bubons climatériques.

« *Am inneren Vorhautblatt stecknadelkopfgrosses, halb-
» kuglig vorspringendes, gerötetes Knötchen oberfläch-
» lich erodiert* ».

Ce petit nodule hémisphérique du volume d'une tête d'épingle, rouge et superficiellement ulcéré, voilà tout le portrait du type de l'accident papuleux que nous décrivons.

Forme nodulaire

On pourrait donner ce nom au type d'accident, d'ailleurs rare, observé par MM. Ravaut, Scheikevitch et Héraux, chez un de leurs malades. Huit jours après un coït, ce malade présente sur le fourreau de la verge une petite papule, qui, après huit jours d'évolution, donne lieu à un nodule fibreux qui grossit, s'indure et se fistulise. Citons ici l'observation : » *Au niveau du fourreau de la*

» verge, on constate un nodule fibreux du volume d'une
» petite noisette, dur scléreux, inclus dans l'épaisseur du
» tissu cellulaire et s'ouvrant à l'extérieur par une fistule
» qui donne issue à du pus tantôt séro-sanguinolent, tantôt
» à de la sérosité jaunâtre. Cette lésion n'a pas les
» caractères d'un chancre ni mou ni induré : c'est plutôt
» un nodule donnant l'impression d'un abcès fibreux
» enkysté. Nous n'avons vu qu'une fois déjà une lésion
» semblable et précisément chez un autre malade atteint
» également de lésions inguinales et chez lequel nous avons
» fait le même diagnostic », celui de lymphogranulomato-
tose inguinale.

Ce type d'accident primitif est exceptionnel, il ne saurait être comparé en fréquence au type herpétiforme. Il mérite cependant de retenir l'attention des observateurs comme il a retenu celle de M. Ravaut qui nous l'a fait connaître.

• Début : Uréthrite lymphogranulomatosique

Chez un certain nombre de malades, M. Favre a constaté l'existence d'inflammation uréthrale. Elle est parfois limitée au pourtour de l'orifice uréthral envahi comme dans une de nos observations par une éruption herpétiforme. Dans ces cas le méat s'ouvre avec difficulté et l'on a l'impression que la poussée développée autour de l'orifice se continue à quelque distance dans la partie antérieure du canal, qui présente un suintement séreux. Mais chez d'autres malades c'est un véritable écoulement que l'on a noté, et qui a été parfois la première manifestation anormale constatée au niveau des voies génitales. Il con-

vient donc désormais d'admettre parmi les accidents de début de la maladie le début urétral. Une observation de la thèse de Gaté en témoigne également, mais elle n'a pas suffisamment attiré l'attention.

Il s'agit de l'observation V, pages 108-109, dont le sujet fut longuement examiné par M. Favre. On note dans cette observation : « *En pressant sur l'extrémité antérieure*
» *du canal, que l'on sent nettement induré, on donne*
» *issue, par le méat, à un peu de liquide muco-sangui-*
» *noient. On porte avec réserves le diagnostic de chancre*
» *urétral. Il n'y a pas d'accidents secondaires. Le pus*
» *urétral, examiné, ne montre ni tréponèmes, ni bacilles*
» *de Ducrey, ni gonocoques....*

« *On constate toujours un léger degré d'induration du*
» *méat et de l'extrémité antérieure du canal, plus parti-*
» *culièrement sur la partie gauche. L'écoulement urétral*
» *est séreux, contenant en suspension quelques grumeaux*
» *épais ; on aperçoit, dans la profondeur du canal, au*
» *niveau de la commissure inférieure du méat, une ulcé-*
» *ration superficielle à bords légèrement polycycliques,*
» *remontant jusqu'à la partie moyenne des deux lèvres*
» *de l'orifice. L'ulcération se prolonge un peu vers la*
» *profondeur du canal, sans qu'on puisse en distinguer*
» *nettement les limites postérieures. Il n'y a pas de*
» *lymphite dorsale* ».

Il est très probable que parmi les cas antérieurement décrits par les auteurs de bubon blenno-strumeux se trouvent des cas, où il s'agissait en réalité de lymphogranulomatose à début urétral.

Il est intéressant de signaler que dans l'intéressant travail de Müller et Justi, sur lequel nous reviendrons

longuement, et dont nous avons déjà cité la description des accidents primitifs observés chez les malades porteurs de bubons climatériques, on trouve rapporté le cas d'un malade, chez lequel l'examen génital révéla la présence d'un écoulement glaireux à cellules épithéliales sans gonocoque, à gros bâtonnets. L'auteur regarde cette uréthrite comme la porte d'entrée des adénites inguinales présentées par son malade.

La lecture des observations qui accompagnent notre thèse permettra également au lecteur d'étudier les divers aspects des lésions génitales d'inoculation. Il est important de les signaler, de montrer qu'elles ne ressemblent nullement aux autres maladies génitales classées. L'intérêt est aussi de montrer qu'il faut les rechercher systématiquement. L'opinion de MM. Nicolas et Favre est très formelle à ce sujet. Si l'on recherche minutieusement ces lésions on les trouve avec une très grande fréquence. La lymphogranulomatose sans porte d'entrée, constatée au moment du premier examen tend à devenir l'exception, tant il est vrai, qu'on voit de mieux en mieux ce que l'on a appris à voir.

Ces cas rares exceptionnels s'expliquent d'ailleurs par la rapidité de l'évolution et la fugacité de certaines érosions, qui se referment aussitôt après avoir donné passage à l'agent pathogène.

Localisations extra-génitales de la maladie

Les adénites que nous décrivons peuvent-elles être observées sur d'autres territoires ganglionnaires, que celui des ganglions inguinaux ? Nous le croyons.

Nélaton signale l'atteinte d'un ganglion de la région supéro-interne du bras.

M. Favre a observé un cas d'adénite axillaire, véritable maladie expérimentale qui a évolué chez un chirurgien à la suite d'une piqûre au cours d'une opération pour ablation de ganglions lymphogranulomatosisques. Il possède également l'observation d'un malade qui, malheureusement, ne put être longuement suivi ; ce malade entra dans son service pour une adénopathie volumineuse cervicale. La biopsie d'un ganglion fit reconnaître des lésions qui rappelaient beaucoup celles de la lymphogranulomatose. L'inoculation au cobaye fût dans ce cas négative.

Cette dernière observation ne nous retiendra pas, étant très incomplète.

Il est parfaitement possible que d'autres localisations extra-inguinales de la lymphogranulomatose soient ultérieurement identifiées, que certaines adénites cervicales, par exemple à évolution lente, à fistules multiples puissent être rangées dans ce cadre ; nous croyons cependant qu'elles ne pourront l'être qu'au prix d'un contrôle anatomopathologique et bactériologique précis.

Nous admettons bien avec Ricard, avec Delbet, Dubard, pour ne citer que quelques noms, qu'on a mis trop de tuberculose dans la pathologie ganglionnaire.

Nous pressentons que la lymphogranulomatose pourra, peut-être, revendiquer une part dans le déterminisme et la pathogénie d'adénites subaiguës de sièges divers. Mais il faut, sur ce terrain, n'avancer qu'en apportant des preuves, sous peine de substituer des hypothèses à d'autres hypothèses. **En fait, la véritable localisation typique**

de la maladie est sa localisation génitale. C'est celle qui la caractérise très hautement.

Les bubons climatériques que nous avons déjà si souvent rapprochés d'elle, sont eux aussi étroitement localisés au groupe des ganglions génitaux.

L'adénite climatérique est une adénite inguinale. On regarde comme exceptionnelles dans cette affection si fréquente, les localisations extra-inguinales.

Cette localisation inguinale s'explique pour l'une et l'autre variété d'adénite par la raison que toutes deux sont d'origine génitale, et que toutes deux sont des affections vénériennes.

De même que l'on a décrit des localisations extra-génitales des maladies vénériennes, que l'on a observé des bubons chancrelleux de siège atypique, de même on est en droit de décrire des localisations extra-inguinales de la lymphogranulomatose.

Il faut les tenir pour bien moins fréquentes que les localisations typiques inguino-iliaques.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas, dans ce chapitre, à modifier la description des lésions de l'adénite lymphogranulomatosique, telle qu'elle a été tracée en 1914.

Nous ne ferons qu'ajouter à cette description certaines constatations faites depuis cette époque, et en particulier une étude de l'accident primitif de la maladie, du chancre lymphogranulomatosique. Mais, tout d'abord nous tenons à dire d'une façon formelle que la maladie qui fait l'objet de ce travail est totalement différente de l'affection ganglionnaire maligne désignée par les Allemands du vocable de Granulome malin.

La lymphogranulomatose inguinale n'a rien de commun avec le Granulome malin

Il est d'autant plus nécessaire d'établir ce point qu'il semble y avoir eu confusion dans l'esprit de certains lecteurs. Il importe qu'elle ne persiste pas.

L'adénite que nous décrivons, maladie locale, inflam-

matoire, est à l'antipode de l'affection ganglionnaire généralisée, progressive, non suppurée qu'est le Granulome malin.

Il y a entre ces deux maladies autant de différences qu'entre le granulome malin et un adénophlegmon dentaire par exemple.

Dans le mémoire de 1913, M. Favre avait fait simplement remarquer que le parenchyme ganglionnaire, dans la variété d'adénite inguinale qu'il étudiait, était transformé par l'inflammation, en un tissu qui présentait la structure du bourgeon charnu ; qu'il était donc légitime de donner à ces adénites, à défaut d'autre qualificatif, celui de granulomateuse ganglionnaire, terme évidemment vague, et dont il était le premier à reconnaître l'insuffisance. Dans son excellente thèse, M. Gaté a poussé plus loin que l'avait fait M. Favre, un parallèle anatomique avec le granulome malin. Il y a là ainsi que le reconnaît M. Favre, une erreur certaine qu'il importe de ne pas commettre plus longtemps.

Si à ses débuts le granulome malin, cette affection à laquelle M. Favre a proposé de donner le nom d'adénie éosinophilique prurigène, s'accompagne de lésions inflammatoires ganglionnaires auxquelles le terme de granulome peut convenir, les différences histologiques sont profondes entre les deux maladies ganglionnaires. Il suffira de rappeler l'éosinophilie tissulaire, l'envahissement fibreux, la présence de cellules de Sternberg, les variations de la formule cytologique, l'aspect néoplasique terminal, tous éléments si caractéristiques de la grave affection ganglionnaire généralisée qu'est le Granulome malin. Aucune de ces constatations histologiques ne s'observe dans la lym-

phogranulomatose inguinale. On n'y rencontre ni l'éosinophilie tissulaire, ni la transformation fibreuse, ni la présence de cellules de Sternberg ; par contre, l'affection a des lésions caractéristiques d'un tout autre type (gommes, abcès à bordure épithélioïde).

Le lecteur n'aura qu'à se reporter aux figures de la thèse de Colrat et à celles de notre thèse, comme à comparer la description histologique des lésions dans l'un et l'autre cas pour voir que ces deux granulomatoses ganglionnaires sont absolument différentes histologiquement ; elles le sont bien autrement encore et plus profondément du point de vue clinique.

On ne doit donc pas confondre plus longtemps deux affections qui ne présentent entre elles aucun point commun.

Critique de l'appellation donnée à la maladie

Il serait souhaitable que ces différences radicales fussent affirmées pour le lecteur, par un nom différent de celui qui a été donné par MM. Durand, Nicolas et Favre à l'affection qu'ils ont décrite. Le mot lymphogranulomatose est condamnable à bien de titres, son procès n'est plus à faire. Il a entraîné la confusion avec le granulome malin, il risque de créer une autre confusion avec le granulome ulcéreux des organes génitaux, affection toute différente. Nous adopterions volontiers le terme d'ulcère simple adénogène pour la désigner ; c'est le terme qu'avait indiqué à M. Favre, dès 1913, son maître, le professeur Renaut. Mais on a déjà donné ce qualificatif de simple au chancre mou. Peut-être le terme de quatrième

maladie vénérienne auquel MM. Nicolas et Favre ont souvent pensé est-il celui qui conviendrait peut-être le mieux en attendant une définition par la cause.

Cette critique du titre même de la maladie, comme aussi du titre de notre thèse, vient ici à sa place, puisque ce titre est de signification anatomopathologique. Nous allons maintenant poursuivre les quelques points sur lesquels nous désirons insister dans ce chapitre.

LES LÉSIONS MACROSCOPIQUES

Ce serait faire d'inutiles redites que de décrire les lésions que présentent les ganglions. Elles ont été fréquemment étudiées à la faveur de nombreuses ablations chirurgicales. Cette description est fort bien faite dans le mémoire de 1913 et dans la thèse de M. Gaté.

Le polymorphisme des lésions macroscopiques

Nous dirons cependant qu'il faut insister sur la variété d'aspect des lésions d'un point à l'autre d'une même masse ganglionnaire ; c'est ainsi qu'on trouve à côté d'un ganglion présentant de petits abcès multiples, un ganglion voisin, à la coupe duquel il y a de petits foyers blanc-jaunâtres non ramollis ; un peu plus loin on tombe sur une vaste nappe de périadénite, au sein de laquelle, d'ailleurs, peuvent exister des abcès ou de petits nodules. Ailleurs on rencontre les ganglions de couleur lie-de-vin, si fréquemment observés dans cette affection, et dont la coupe ne montre habituellement ni abcès ni nodules.

On voit donc que dans une même masse ganglionnaire il y a des différences locales très considérables.

D'un malade à l'autre on trouve également des aspects un peu différents ; c'est ainsi que chez certains sujets les abcès abondent, chez d'autres, au contraire, ils sont plus rares, et il faut couper deux ou trois ganglions en multiples tranches avant de trouver un petit abcès à contenu laiteux. Il y a là des aspects qui correspondent à des stades d'évolution différents d'une maladie qui reste cependant, malgré quelques variations individuelles, toujours facilement reconnaissable.

Nous n'avons jamais observé dans ces adénites inguinales de caséification vraie étendue, d'aspect marron cru, pas davantage d'ailleurs que la calcification signalée par M. Brault.

La variété d'aspect des lésions dans une même masse ganglionnaire fait aisément comprendre qu'il sera nécessaire, pour bien étudier les lésions de la lymphogranulomatose, de ne pas se contenter de prendre au hasard, sans choix, dans un point de la masse, un petit fragment ganglionnaire pour l'étudier. Il est important de faire de larges coupes en des points multiples, au niveau des bandes de périadénite, tout aussi bien qu'au niveau des ganglions. C'est à ce prix seulement que l'on pourra retrouver les lésions si caractéristiques de ces adénites.

Modifications introduites dans l'aspect des lésions par la suppuration prolongée, ou par le traitement radiothérapique.

Lorsque la masse ganglionnaire a longtemps suppurée, et si parallèlement elle a été traitée par la radiothérapie,

on constate un développement plus considérable du tissu conjonctif périadénitique, qui prend un aspect dur, fibreux, squirrheux. A cet état d'ailleurs correspond, en clinique, une persistance pour ainsi dire indéfinie des lésions. Cet état s'observe surtout ainsi que nous l'avons indiqué par le titre de ce paragraphe, sur des adénites ayant longtemps suppuré, et surtout sur les adénites fistuleuses qui ont été soumises à un traitement radiothérapique.

Il intervient donc dans la production de la sclérose des facteurs qui surajoutent leur action à l'action pathogène de la maladie elle-même (infections secondaires, irritation chronique du tissu conjonctif due aux rayons X).

Fistules et décollements diverticulaires

Nous ne dirons qu'un mot sur les fistules qui peuvent être multiples. Elles conduisent assez fréquemment au sein des décollements, qui s'opèrent à la superficie de la masse ganglionnaire entre le derme induré et la masse adénitique.

En les disséquant on aboutit à une sorte de décollement tapissé de bourgeons charnus, rougeâtres, translucides. Ces décollements, généralement peu étendus, peuvent cependant se développer davantage, pénétrer dans la masse adénitique ; et l'on voit alors un ou deux ganglions faire hernie à la façon d'un fungus ganglionnaire dans la cavité du décollement.

Les trajets lymphatiques périganglionnaires

Dans la description qu'il donne d'adénites que nous identifions avec les nôtres, M. Brault, fait mention, à pro-

pès de l'étude macroscopique des ganglions; de la présence de gros cordons atteignant parfois les dimensions de plume d'oie, et que l'on voit gagner les masses ganglionnaires. Il leur attribue une origine lymphatique.

Dans sa thèse, M. Gaté dit ne les avoir jamais observés. Au cours de très nombreux examens de pièces qu'il a eu l'occasion de faire, M. Favre a constaté parfois l'existence de ces cordons. Il s'agit pour lui assez souvent de cordons veineux ; au voisinage du foyer ganglionnaire les petites veines éfférentes de divers calibres sont souvent augmentées de volume, indurées, parfois thrombosées.

M. Durand a maintes fois fait remarquer à M. Favre, au cours des opérations, la réaction inflammatoire des veines de voisinage, dont M. Favre a vu également un cas extrêmement typique sur une pièce enlevée par M. Imbert. Il est certain également que les vaisseaux lymphatiques peuvent aussi participer à cette inflammation, que ceux qui irradiant la masse ganglionnaire enflammée, peuvent présenter un volume et une induration, qui sans être à l'ordinaire aussi considérables que l'a dit Brault, peuvent être cependant très notables. M. Muller, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui a opéré beaucoup de cas de lymphogranulomatose a dit à M. Favre qu'il avait à plusieurs reprises observé cette induration des trajets lymphatiques, qu'il faut étudier surtout au moment où, la région mise à nu, le chirurgien va procéder à l'ablation des ganglions enflammés.

Sur la pièce enlevée il faut reconnaître qu'il est beaucoup moins commun d'observer commodément ces altérations veineuses et lymphatiques, qui ont échappé de ce

fait à l'attention et aux recherches si scrupuleuses de M. Gaté.

LESIONS MICROSCOPIQUES

Ce que nous avons dit en étudiant l'anatomie macroscopique nous le redirons à propos des lésions microscopiques. Leur étude détaillée a été faite avant nous depuis 1913. Notre maître, M. Favre, a continué à étudier de nombreux cas, qui n'ont rien ajouté d'essentiel à la description qu'il a donné des lésions dans le mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. C'est à peine si quelques touches nouvelles peuvent être ajoutées à cette description.

Variabilité régionale des lésions microscopiques

De même que l'aspect macroscopique des lésions varie d'un point à l'autre, d'une même masse adénopathique, il en est de même des lésions microscopiques. C'est ainsi qu'on trouve des ganglions, à l'examen desquels on note seulement de l'hyperplasie inflammatoire simple, de la congestion ; en somme un ensemble de réactions n'ayant rien de caractéristique, alors que sur un ganglion voisin ou dans le tissu cellulaire qui sépare les deux glandes voisines, on retrouvera les aspects caractéristiques de la lymphogranulomatose (inflammation diffuse avec substitution au parenchyme normal d'un tissu inflammatoire à cytologie bigarrée, riche en cellules plasmatiques, gomme à centre homogène entourées d'une bordure épithéliale, abcès plus ou moins étendus, conservant tout autour de leurs cavités une bordure de hautes cellules acidophiles, lésions vasculaires très marquées, etc.).

Il est des ganglions à la coupe desquels on trouve surtout des abcès, et il en est d'autres où l'évolution, moins aiguë, permet de voir côte à côte de véritables gommes à centre homogène, et les abcès qui leur succèdent.

Un coup d'œil jeté sur les planches jointes à notre travail montrera au lecteur l'aspect de l'une et de l'autre lésion. Nous avons en effet figuré sur la même planche la gomme, à centre homogène et à côté d'elle l'abcès qui lui succède, lorsque se produit la fonte de la partie centrale de la gomme et sa pénétration par les éléments cellulaires. On est alors en présence d'abcès à contours irréguliers : les abcès microscopiques stellaires de la lymphogranulomatose.

La cause d'irrégularité du contour de la paroi de ces abcès est facile à expliquer : au stade de gomme crue, le centre homogène de la néo-formation compact, résistant, ne se laisse pas déprimer ; à la coupe, la gomme reste le plus souvent arrondie. Lorsque ce centre a subi une véritable liquéfaction, il n'oppose plus de résistance aux pressions exercées par le tissu inflammatoire ambiant ; la paroi de l'abcès prend donc un aspect plissé et présente des diverticules analogues aux rayons d'une étoile. Le mot stellaire ne s'applique, bien entendu, qu'à un aspect microscopique des abcès de la lymphogranulomatose.

Lésions du tissu cellulaire. Réaction plasmatique

Dans le tissu cellulaire de la gangue périadénitique les mêmes lésions s'observent que dans le ganglion. Il est toutefois intéressant de noter que c'est surtout dans le tissu cellulaire que se réalise, sur de vastes étendues, la for-

mation de larges nappes d'inflammation conjonctive. On peut constater facilement des infiltrats diffus lympho-plasmatiques irrigués par des vaisseaux de nouvelle formation; c'est en ces points que la richesse en plasmazellen de l'infiltrat peut être telle que la coupe représente un véritable plasmôme.

Nous avons reproduit dans notre thèse une coupe montrant particulièrement cet aspect.

Au sein de cet infiltrat on rencontre des cellules multinucléées, dont les unes rappellent franchement l'aspect de la cellule géante des inflammations tuberculeuses, dont les autres par l'aspect, par la disposition générale de l'élément, par les caractères des noyaux semés dans les masses protoplasmiques s'en éloignent pour se rapprocher plutôt du type d'une sorte de symplaste, de plasmode formé d'éléments conjonctifs et surtout adipeux fusionnés.

Nous insistons beaucoup sur l'abondance des cellules plasmatiques dans nombre de points du ganglion ou du tissu conjonctif qui les sépare.

Autour des gommes, des abcès, à distance de ces formations, cette infiltration plasmatique est d'observation constante. Nous y insistons d'autant plus qu'une telle lésion a été considérée comme étant une des lésions caractéristique d'adénites que nous rapprochons de la lymphogranulomatose les adénites climatériques.

Dans la description qu'ils donnent du bubon climatérique, MM. Letulle et Nattan-Larrier considèrent la « plasmazellose diffuse et insulaire » comme une des lésions fondamentales de cette adénite.

**Contenu des abcès. Cellules macrophagiques, Inclusions
leucocytaires. — Leur signification**

Il a paru à M. Favre nécessaire d'attirer tout particulièrement l'attention sur les cellules que l'on trouve dans les abcès stellaires. Le mémoire de 1913 notait la présence fréquente dans le pus de grands mononucléaires acidophiles provenant du revêtement épithélioïde de la paroi. Bon nombre de ces derniers éléments, lit-on dans le mémoire, jouent le rôle de macrophages. « *Leur protoplasme* » *contient des polynonucléaires encore reconnaissables et* » *de très nombreux amas chromatiques qui paraissent* » *reconnaître, pour la plupart, une origine nucléaire. Dans* » *ces abcès, un grand nombre de cellules présentent des* » *phénomènes de pycnose* ».

A l'examen des coupes de ganglions on ne peut manquer d'être frappé de l'abondance de ces grandes cellules comme aussi de l'abondance des débris pycnotiques. Les grandes cellules siègent généralement au contact de la paroi interne de la ceinture acidophile de l'abcès ; elles sont parfois bourrées des inclusions cellulaires dont nous noterons les aspects.

On voit sans peine par une simple coloration à l'hématéine-éosine ces corps inclus. Ils apparaissent le plus souvent sous la forme d'une masse homogène, fortement colorable par l'hématéine qui la teinte en noir violet sans différenciation.

Les dimensions de ces petites masses chromatophiles sont celles d'un lobe polynucléaire. Il en est de plus petites comme aussi de plus volumineuses, et l'on ne peut

s'empêcher, en présence de certains de ces débris chromatinien inclus, de les rapporter à des leucocytes en pycnose.

Certains de ces débris sont libres et se voient entre les éléments cellulaires et dans la bordure de l'abcès. Parmi ces corpuscules, certains apparaissent avec un aspect plus suggestif ; ils forment de petits corps fréquemment disposés en croissant entre les deux cornes desquels s'étend une substance claire légèrement acido-phile ; d'autres arrondis, homogènes, sont entourés d'une auréole claire, on les dirait encapsulés. Il est certain que ces corpuscules chromatophiles, inclus ou libres, sont assez nombreux et constants dans les abcès du granulome, pour constituer une particularité de ces abcès et pour retenir l'attention. Ils n'avaient pas échappé à certains observateurs, tels que Marion et Gandy qui les signalent.

Nous les trouvons bien étudiés dans le mémoire consacré par MM. Letulle et Nattan-Larrier au bubon climatique : « *Il nous est, naturellement, impossible d'affirmer* » *la nature parasitaire de ces corps réfringents, difficiles* » *à différencier de débris nucléaires phagocytés.* »

C'est là, en effet, un point sur lequel l'attention de M. Favre a été particulièrement attirée, et dont on comprend l'importance : s'agit-il de débris nucléaires ? Le fait tout en revêtant par sa particulière intensité une réelle valeur, reste cependant d'importance secondaire. Interprétons-nous au contraire ces inclusions comme étant de signification parasitaire, c'est toute la pathogénie de la maladie qui est soulevée à ce propos. Notre maître, malgré d'attentives études, ne peut encore se prononcer sur la signification de ces corpuscules ; certes, l'aspect de cer-

tains d'entre eux, l'apparence de deux substances, l'une transparente acidophile, l'autre basophile, qui paraissent entrer dans la composition de certains d'entre eux, l'aspect envacuolé que d'autres paraissent présenter, plaident en faveur d'une interprétation parasitaire. Mais, il faut reconnaître d'autre part que des colorants différenciateurs tels que le colorant de Giemsa ou ses dérivés n'ont jamais permis de montrer dans ces corpuscules de particules métachromatiques, d'images qui puissent permettre avec certitude une affirmation. Le problème est donc posé aussi bien pour les adénites climatériques que pour la lymphogranulomatose, ces deux maladies d'ailleurs n'en faisant qu'une ; et il ne manquera pas d'attirer l'attention des observateurs.

Lésions vasculaires

Nous ne nous arrêterons pas sur les lésions des vaisseaux dont l'importance a été notée dès les premières descriptions. Répétons qu'elles sont constantes, parfois très intenses, portent sur les artères et les veines, soit qu'il s'agisse de vaisseaux volumineux (nous avons déjà parlé plus haut des lésions des veines), soit qu'il s'agisse de vaisseaux plus petits, dont les tuniques peuvent être dissociées, dont les lumières peuvent être complètement oblitérées par une inflammation qui atteint plus souvent, sans électivité spéciale, toute l'épaisseur de la paroi vasculaire. •

Nous terminerons cette étude anatomopathologique par la description de l'accident primitif lymphogranulomatose.

Notre maître, M. Favre, possédait depuis longtemps des coupes d'un chancre lymphogranulomatosique à type papuleux. Examinée sur des coupes sériées, cette néoproduction inflammatoire a pu être complètement étudiée.

La description confirme les points si justement notés par M. Bory, qui a étudié un chancre de même type, et donne à cette étude un intérêt particulier.

Certaines particularités ont retenu l'attention de notre maître, elles permettent d'établir que le chancre lymphogranulomateux se distingue des autres lésions vénériennes et spécialement du chancre mou.

Le chancre lymphogranulomatosique

Le fragment prélevé comporte le chancre papuleux et le prolongement lymphagitique que lui fait suite.

La pièce a été fixée par le liquide de Zenker, débitée en coupes sériées, et soumise à de colorations diverses : hématéine-éosine, Giemsa, picro-ponceau, etc. A un faible grossissement on note les lésions suivantes : au niveau du chancre l'épiderme n'existe plus. Au-dessous de l'ulcération on tombe sur une infiltration cellulaire dense, qui s'est substituée aux éléments normaux du derme, dont les faisceaux conjonctifs ont complètement disparu. Au sein de cette infiltration, on voit des néo-vaisseaux nombreux. L'infiltration se poursuit dans la profondeur pour rejoindre la traînée de lymphite que nous aurons à décrire. Déjà, même à ce faible grossissement, on constate, que l'infiltration cellulaire dense sous-jacente à la perte de substance épidermique est composée de diverses variétés de cellules, parmi lesquelles les plasmazellen nombreuses se

distinguent par leur plus grand volume, par leur protoplasma plus développé, bien mis en évidence par la coloration à l'hématéine-éosine.

Dans les parties profondes du derme la nappe de cellules inflammatoires n'est plus continue ; sur une large surface elle apparaît creusée d'une cavité irrégulière. Les cellules qui l'entourent se teintent par l'éosine plus fortement que les éléments habituels de l'infiltrat.

Dans la cavité on aperçoit des cellules, qui paraissent libres. L'ensemble rappelle les abcès à bordure acidophile que l'on observe dans les ganglions.

A la périphérie de l'infiltrat, le derme présente, sur une assez faible distance, une réaction inflammatoire nette. Au sein de l'infiltration on trouve en un point, sur les coupes, une petite artériole coupée longitudinalement et oblitérée par places par des bourgeonnements, qui remplissent sa lumière. Nous voyons en somme à ce petit grossissement, qu'à l'érosion épidermique, très superficielle et peu étendue, fait suite une nappe inflammatoire, qui s'enfonce dans le derme pour rejoindre la traînée de lymphite ; que la nappe inflammatoire est surtout constituée de cellules plasmiques, et de cellules acidophiles, qu'elle est trouée sur une assez large étendue par une formation ressemblant aux abcès stellaires du ganglion, et qu'enfin les vaisseaux qu'elle entoure présentent des lésions profondes de leurs parois.

Nous allons maintenant à un fort grossissement analyser les lésions, et nous étudierons successivement :

1° L'érosion épidermique de la zone immédiatement sous-jacente ;

2° La nappe infiltrée profonde ;

3° La cavité contenue au sein de cette infiltration, sa bordure, et les cellules qu'elle contient.

1° L'ulcération épidermique est très superficielle et peu étendue. Au-dessous d'elle on tombe tout d'abord sur des assises de cellules très tassées, à noyaux très fortement colorables, généralement allongés ; puis, sur une nappe d'éléments cellulaires constituée de cellules plasmatiques, ici peu nombreuses, de cellules conjonctives à protoplasma acidophile, qui tantôt ont la forme typique de cellules à prolongements multiples, tantôt sont arrondies. Quelques fibres du tissu conjonctif, et même parfois quelques blocs conjonctifs se voient au sein de la nappe inflammatoire : ce sont des débris du derme dissociés par les cellules, dont nous avons parlé.

Nous signalerons tout particulièrement l'absence totale de polynucléaires dans cet infiltrat. Même immédiatement au-dessous de la perte de la substance épidermique les cellules polynucléées font défaut ; nous insistons plus loin sur l'importance de ce fait.

La zone sous-jacente à l'ulcération épidermique est parcourue par de nombreux capillaires, à parois très minces, creusés au sein de ce tissu de granulation, qui donne à ce tissu un véritable aspect angiomateux.

Tel est l'aspect de cette région au niveau de laquelle le derme est dissocié par l'infiltrat lympho-conjonctif que nous avons décrit.

2° **Abordons** maintenant l'étude des portions plus profondes de l'infiltrat.

Dans la profondeur l'aspect de la nappe cellulaire, qui se substitue aux éléments normaux du derme se modifie par suite de la présence d'une très grande abondance de

cellules plasmatiques. En certains points elles forment la totalité de l'infiltrat, qui est un plasmome pur ; mais sur d'autres points, parfois voisins, on trouve des nappes de cellules acidophiles, à noyaux clairs, souvent irréguliers. Les limites de ces éléments cellulaires sont parfois indistinctes ; ils rappellent tout à fait les cellules épithélioïdes. Quelques vaisseaux parcourent la zone infiltrée. **C'est au sein de cette zone, très profondément, sans connection avec l'ulcération superficielle, que l'on observe une cavité à prolongements irréguliers, et dont la description nous retiendra tout particulièrement.**

Les parois sont formées par la nappe infiltrée, ici constituée surtout de cellules épithélioïdes. Entre ces cellules on rencontre des polynucléaires neutrophiles, dont le nombre augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche de la cavité elle-même.

Dans cette cavité nous rencontrons de grandes cellules acidophiles, et des polynucléaires, dont les noyaux présentent tous les degrés de la dégénérescence pycnotique.

Le fait le plus frappant est l'extrême abondance de corpuscules chromatophiles, que l'on observe dans la cavité de cet abcès ; car c'est bien d'un abcès qu'il s'agit, abcès purement microscopique, mais dont les caractères sont ceux des abcès stellaires des ganglions.

Les corpuscules chromatiques sont pour la plupart inclus au sein de grandes cellules acidophiles, qui paraissent ici jouer le rôle de macrophages. Ces corpuscules sont les uns de petite taille et homogènes, d'autres paraissent comme envacuolés ; il en est qui se présentent sous la forme d'un croissant. C'est surtout en examinant une telle préparation, que l'on serait tenté d'attribuer à ces

corpuscules, très abondants, la signification de parasites. Nous ne les avons jamais rencontrés en telle abondance dans les lésions ganglionnaires proprement dites.

Tels sont les détails principaux de la description du chancre lymphogranulomateux que nous avons observés. Ils confirment la description de M. Bory.

Comme lui, nous avons été frappés de l'abondance de cellules plasmatiques ; comme lui, nous nous sommes trouvés en présence d'un processus subaigu « **très particulier, comparable jusqu'à un certain point à ceux qui sont décrits dans la tuberculose et dans la syphilis, mais qui ne réponde véritablement à aucun d'eux** ».

L'examen en coupes sériées nous permet de rencontrer une formation, qui donne à la lésion un cachet bien spécial, nous voulons parler de cet abcès histologique dont nous avons décrit les curieux caractères. Par là, et dès son début, le chancre affirme son caractère spécial et son étroite parenté avec les lésions caractéristiques du ganglion. Nous n'avons rencontré cette formation ni dans le chancre mou, ni dans les nombreuses coupes que nous possédons de lymphites syphilitiques. Il y a d'ailleurs, entre les lésions de ce petit chancre lymphogranulomateux et le chancre mou vrai, de profondes différences, sur lesquelles il est bon d'insister brièvement.

Lors de la présentation par M. Bory à la Société de Dermatologie, de son étude sur le chancre lymphogranulomateux, M. Milian fit remarquer que l'infiltration plasmatique, sur laquelle insistait M. Bory n'avait rien de caractéristique ; qu'il avait rencontré cette infiltration dans le chancre mou. La remarque de M. Milian est, ainsi que nous l'a fait remarquer notre maître, M. Favre, prafait-

ment exacte. On retrouve en abondance dans l'infiltration du chancre mou des cellules plasmatiques ; elles ne sont d'ailleurs pas l'apanage de l'accident chancrilleux. On les retrouve également dans bien d'autres lésions chroniques, dans le chancre syphilitique en particulier.

Si l'on se reporte au très intéressant travail de Krzyształowicz paru dans le livre jubilaire de Unna, on voit signalée cette abondance de plasmazellen, et l'auteur s'étonne de voir cette commune réaction dans deux processus aussi différents que l'inflammation aiguë du chancre mou, et la lésion chronique du chancre syphilitique.

L'abondance de cellules plasmatiques n'est donc nullement un caractère qui puisse être revendiqué comme particulier au chancre lymphogranulomateux. Mais, dans les cas observés par notre maître, M. Favre, il existait des différences radicales entre le chancre mou et le petit chancre lymphogranulomateux, qu'il a étudié ; les deux principales sont les suivantes :

1° L'ulcération du chancre mou a comme fond une infiltration cellulaire extrêmement riche en leucocytes polynucléaires. Partie de la zone ulcéreuse cette infiltration de polynucléaires pénètre profondément en forme de coin dans le derme cutané ; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle le petit chancre mou expérimental est d'emblée une suppuration profonde et qui pénètre avant dans les téguments.

En revanche, à la coupe des chancres lymphogranulomateux, on ne trouve au-dessous de l'érosion épidermique aucune infiltration de polynucléaires. On arrive d'emblée sur des cellules de types différents, que nous avons décrites.

La même observation peut être relevée à la lecture du compte rendu histologique de M. Bory, qui ne paraît pas avoir attaché à ce fait histologique la grande importance qu'il comporte.

Sur les nombreuses préparations de chancre mou qu'il possède, M. Favre, a toujours trouvé comme une lésion absolument constante, *l'infiltration polynucléaire cunéiforme sous-ulcéreuse* qui constitue le fond des chancres mous, et qui fait totalement défaut dans le chancre lymphogranulomatosique.

2° La seconde lésion, par laquelle le chancre lymphogranulomatosique étudié par notre maître, M. Favre, diffère du chancre mou est tirée de l'existence de l'abcès histologique profond, dont il nous a signalé les singuliers caractères. Une telle formation ne se rencontre jamais dans le chancre mou. La formule cytologique de cet abcès, les inclusions cellulaires qu'on y rencontre, l'abondance de corpuscules chromophiles, sont autant de détails cytologiques très particuliers, et qui n'appartiennent pas aux lésions du chancre mou.

Nous dirons donc, que si la remarque de M. Milian garde toute sa valeur, il n'en est pas moins vrai que même dans les cas de M. Bory et surtout dans les cas de M. Favre, il y a, ainsi que notre maître nous le faisait remarquer, des arguments histologiques d'une importance décisive, pour rejeter catégoriquement le diagnostic du chancre mou.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Bien des points relatifs à l'étiologie méritent à retenir l'attention et tout d'abord, la fréquence de la maladie que nous décrivons.

Fréquence de l'affection

Déjà, dès 1913, MM. Nicolas et Favre signalaient la fréquence de l'affection et s'étonnaient que des observateurs cependant bien placés pour la rencontrer n'en aient pas observé de cas. Depuis lors, cette fréquence n'est plus contestée ; en quelques semaines, MM. Ravaut, Arbeit et Scheikevitch observent, à Paris, 6 cas qui font l'objet dans leur premier mémoire, puis de nombrux cas dans la suite.

M. Joltrain, M. Bory ont également observé à Paris, dans ces derniers mois, des cas de lymphogranulomatose. Quant à ceux qui depuis longtemps ont appris à reconnaître cette affection, ils l'observent avec une réelle fréquence. M. Muller, à Saint-Etienne, nous a dit qu'il ne se

passé guère de mois sans qu'il ne rencontre et n'opère de nouveaux cas.

La statistique opératoire de M. le Dr Durand est certainement l'une des plus élevées, qui puissent être produites. Elle porte sur près de deux cents cas d'intervention opératoire.

On voit donc que la lymphogranulomatose n'est pas une affection exceptionnelle : parmi les adénites inflammatoires de l'adulte elle est une de celles que l'on observe le plus communément.

Dans le milieu militaire, en particulier, les adénites de ce type sont très communes ; il suffit pour s'en convaincre d'un seul document tel que l'article consacré à ces adénites par Pigeon et Tanton, et qui porte sur plusieurs centaines de cas observés par ces auteurs en quelques années.

Mais il faut encore élargir singulièrement l'importance et la fréquence de cette maladie, puisqu'elle doit comprendre le groupe de ces singulières adénites inguinales des pays chauds que l'on désigne sous le nom d'adénites climatiques. Or, les bubons climatiques constituent une affection très fréquente ; il suffit de se rapporter pour s'en convaincre aux travaux de ceux qui les ont observés.

Zur Verth, dans un très intéressant mémoire, montre que sous les tropiques le bubon climatique est plus fréquent que toutes les autres maladies des organes génitaux et leurs séquelles. En certaines régions la fréquence de ces bubons climatiques est considérable. Nous n'avons pas de chiffres malgré les nombreuses lectures que nous avons faites. L'impression qu'elles nous ont laissée est

qu'en Extrême-Orient, en particulier, ces adénites subaiguës de l'aîne sont d'observation très commune.

Le territoire géographique d'observation de l'affection ganglionnaire inguinale, qui fait l'objet de notre thèse, devient donc singulièrement étendu. Elle est ubiquitaire, on la rencontre, nous l'indiquerons à propos du bubon climatérique, dans un très grand nombre de régions ; non seulement sous les tropiques et dans les pays chauds, mais dans nos climats où elle représente un véritable bubon nostras.

Age, Sexe

C'est sur des jeunes gens et des adultes hommes, que sévit surtout la maladie. Elle est beaucoup plus rare chez les femmes ; le fait a été d'ailleurs également noté à propos des adénites climatériques. C'est surtout à la période de pleine activité génitale que correspond le maximum de fréquence des cas de la maladie. Il y a là une notion importante à retenir. L'interrogatoire relève chez les malades l'existence de rapports sexuels, qui ont pu jouer un rôle contagionnant.

Contagiosité par les rapport sexuels

MM. Nicolas et Favre et leur élève, M. Gaté, ont déjà discuté cette question de la contagion de la maladie. Nélaton avait observé un cas favorable à cette notion. M. Gaté en citait un autre ultérieurement. Dans sa thèse de 1913, M. Claude insistait sur cette notion et l'appuyait de trois observations de MM. Favre et Moutot, dont la lecture

impose l'idée de contagiosité. Nous insistons tout particulièrement sur la lecture de la courte thèse de Claude et sur la valeur très démonstrative des observations qu'elle renferme. C'est par les rapports sexuels qu'à lieu la contagion, et par là cette maladie s'avère comme une véritable maladie vénérienne.

La même observation a été faite en ce qui concerne les adénites climatiques. Rost rapportait à ce sujet une intéressante notion. Il a observé la maladie sur un bateau école de la marine allemande « Le Freya » : l'équipage pouvait être divisé en ce qui concerne les visites à terre, en deux catégories. Les matelots, les sous-officiers et les officiers, jouissaient à terre d'une liberté complète. Rost les range parmi le groupe des non abstinents. D'autre part, les jeunes matelots et les cadets de la marine, ne descendaient à terre qu'accompagnés et encadrés : ce sont les abstinents forcés de Rost. Or, cet auteur n'a vu des bubons inguinaux évoluer que sur les sujets de la première catégorie. Il ne manque pas d'en tirer un grand parti en faveur d'une théorie génitale de la maladie.

Müller et Justi, dans un mémoire capital arrivent à des conclusions analogues. Ces deux auteurs ont vu plusieurs de leurs malades contracter à Batavia la même maladie inguinale dans le même établissement « im selben Bordell » (Müller).

Portes d'entrée

1^o CAS AVEC CHANCRE VISIBLE. — Cette notion de l'origine génitale que de telles constatations imposent fortement à l'esprit, acquiert une nouvelle valeur du fait de

la constatation d'accidents primitifs d'inoculation, siégeant dans la zone génitale correspondant aux ganglions malades.

Nous avons signalé les aspects variés de ces accidents primitifs ; qu'ils soient uniques ou multiples, très superficiels ou légèrement infiltrés et saillants, ils conservent un ensemble de caractères constants, parmi lesquels la superficialité du processus ulcéreux, l'indolence, l'absence de suppuration, l'absence de décollement des bords de l'ulcère doivent se joindre, pour faire un tout, aux résultats négatifs des explorations bactériologiques et parasitologiques.

2° CAS SANS CHANCRE VISIBLE. — Ces accidents d'inoculation manquent parfois lorsque le malade vient consulter le médecin. Il s'est souvent agit de lésions ulcéreuses qui ont rapidement disparu après avoir ouvert la porte à l'infection. Dans d'autres cas il est probable que le virus a pu pénétrer par des fissures épidermiques, des éraillures, et MM. Nicolas et Favre ont souvent attiré l'attention de leurs élèves sur un état de rougeur, de macération épithéliale, de véritable balanite observées sur nombre de sujets atteints d'adénites inguinales subaiguës.

Un dernier mode de pénétration est celui qui utilise les effractions épidermiques ou muqueuses produites par une autre maladie génitale. M. Favre a plusieurs observations de malades, chez lesquels il a observé une balanite et des végétations génitales coïncidant avec la poussée inflammatoire inguinale ; chez d'autres sujets une blennorrhagie vraie à gonocoque était en évolution au moment de l'apparition de l'adénite. Il semble donc que l'on puisse observer des cas associés à d'autres maladies génitales ; ils sont relativement peu fréquents.

La statistique de MM. Nicolas et Favre ne comporte aucun cas de chancre syphilitique associé à la lymphogranulomatose ; mais la lecture de certaines observations qu'il serait facile de relever dans la littérature médicale plaide en faveur de cette association.

Elle ne comporte aucun cas de chancre mou associé à cette maladie. Les cas où un tel diagnostic avait été tout d'abord porté lors d'un premier examen, longuement examinés par la suite, ont été ultérieurement rangés de plein droit dans la lymphogranulomatose, du fait de l'unicité de l'accident ulcéreux, des caractères de cette ulcération, des résultats négatifs de l'examen bactériologique comme aussi des épreuves d'inoculation au porteur qui ont été pratiquées dans tous les cas douteux.

Depuis 1913, l'étude de la lymphogranulomatose la montre de mieux en mieux comme une affection spécifique, génitale, vénérienne, ayant ses lésions propres et ne s'associant que plus rarement à d'autres affections bien classées de la région génitale.

On trouvera d'autres arguments en faveur de cette spécificité dans le chapitre suivant consacré à la pathogénie de ces adénites.

CHAPITRE IV

PATHOCENIE

La nature inflammatoire évidente du type d'adénite que nous étudions devait conduire les observateurs à rechercher un agent pathogène responsable de l'inflammation ganglionnaire.

Nous ne reviendrons pas sur les recherches antérieures à 1913, date où parut le mémoire de MM. Durand, Nicolas et Favre.

Les recherches bactériologiques instituées avant cette date ont été analysées dans la thèse de M. Gaté. Nous rappellerons simplement que trois opinions principales règnent avant 1913 sur l'adénite subaiguë de l'aîne. Pour les uns, cette adénite qu'ils qualifiaient de simple (Nélaton) n'est pas d'origine tuberculeuse ; mais aucune précision n'est apportée sur le rôle possible d'autres agents pathogènes.

Un second groupe d'auteurs tient l'affection pour tuberculeuse : Lejars, du seul point de vue de la clinique : Marion et Gandy, avec le seul critérium de l'histologie, et malgré les résultats négatifs de l'expérimentation.

Le troisième groupe comprend des observateurs, qui^e comme Brault, attribuent l'affection à des pyogènes banaux ou à des espèces microbiennes, qu'ils rencontrent fréquemment par cultures. Nous avons dit, quel rôle ont fait jouer MM. Tanton et Pigeon au **bacillus fluorescens**, variété **putridus** ou variété **liquéfaciens**. Tel était l'état des recherches à cette date de 1913.

Dans leur mémoire à la Société Médicale des hôpitaux de 1913, les auteurs lyonnais insistaient sur le caractère négatif des recherches bactériologiques et parasitologiques qu'ils avaient poursuivies. Ces recherches n'avaient pas été sans résultat, puisqu'elles leur permettaient d'affirmer catégoriquement la séparation du type d'adénite qu'ils décrivaient d'avec la tuberculose, et la chancrelle, la syphilis et les adénites à pyogènes banaux.

Aucune des pathogénies soutenues avant eux ne résiste à l'épreuve des faits.

L'adénite subaiguë de l'aîne n'est ni une adénite simple, ni une adénite tuberculeuse, ni une réaction ganglionnaire à l'encontre des parasites banaux. Cette première opération de déblaiement étant faite, il s'agit d'aller plus avant et de préciser la cause de la lymphogranulomatose inguinale.

Nous exposerons l'état actuel de la question ; aussi bien les recherches entreprises sur cette maladie ont-elles révélé un ensemble de particularités d'un très grand intérêt.

Examen direct du pus

Lorsqu'on examine des frottis préparés avec le pus des collections non ouvertes, l'examen bactériologique est à

l'ordinaire négatif. Un grand nombre d'auteurs ont signalé ce fait, qui avait frappé Marion et Gandy, et que soulignent Tanton et Pigeon.

Le pus, difficile à étaler, visqueux, filant, contient à côté des polynucléaires des cellules mononucléées, que l'étalement conserve très mal. Les éléments cellulaires sont clair-semés sur un fond albumineux, que le bleu polychrome teint en violet léger.

Les recherches microbiennes sur de tels frottis ne donnent aucun résultat, soit que l'on emploie les couleurs ordinaires d'aniline, les diverses formules de bleu, le bleu polychrome, ou des colorants plus complexes : méthode de Pick et Jacobson, colorant de Giemsa. Le seul point, sur lequel nous voulons attirer l'attention en parlant de l'étude des frottis, est la fréquence de débris chromatophiles arrondis de dimensions irrégulières, que l'on rencontre en plus ou moins grande abondance sur les frottis. Il n'est pas davantage possible sur les frottis que sur les coupes de déceler, à l'examen de ces corpuscules, des particularités, qui permettent de leur attribuer une origine parasitaire. Ils ont plutôt les caractères de débris de chromatine nucléaire.

De nombreux examens ont été faits avec le pus des collections non ouvertes, comme d'ailleurs avec le pus d'abcès non fistuleux, sans qu'il ait été possible malgré les observations prolongées d'observer aucun parasite amibien.

Le pus des fistules

Le pus des fistules, il est aisé de le comprendre, ne

présente pas, au point de vue de l'examen parasitologique, les mêmes caractères que le pus des abcès qui n'ont jamais été en contact avec le milieu extérieur. L'infection microbienne exogène fait ici son apparition ; cependant, même dans les cas de fistules depuis longtemps suintantes, l'exsudat garde les caractères cytologiques du pus lymphogranulomateux, et présente le mélange aux polynucléaires des cellules mononucléées.

Nous trouvons à l'examen des frottis des microbes plus ou moins nombreux ; ce sont des espèces microbiennes gardant le Gram, dont les plus constantes sont de gros cocci de taille très irrégulière, isolés ou groupés en diplocoques, et des bacilles également polymorphes tantôt courts, épais, trapus, uniformément colorés, gardant le Gram, tantôt plus allongés, et dont l'une des extrémités peut être renflée ; les bacilles eux aussi gardent le Gram.

MM. Nicolas et Favre n'ont jamais rencontré sur les frottis, soit de collections non ouvertes, soit de pus des fistules, des bacilles ayant les caractères morphologiques ou de coloration du bacille de Ducrey.

De nombreux frottis colorés par la méthode de Fontana-Tribondeau n'ont jamais montré de spirilles. L'examen des frottis au point de vue de la recherche spéciale des bacilles acidorésistants a été fait avec soin par M. Favre, qui avait, à un moment de ses recherches, conçu l'hypothèse que l'adénite subaiguë de l'aine pourrait reconnaître pour cause les bacilles acido-résistants, que l'on a décrits dans la cavité préputiale. Les examens des frottis par les méthodes habituelles de recherche des acido-résistants se sont également montrés négatifs.

Inoculations

MM. Nicolas et Favre ont fait au laboratoire de la clinique dermatologique et à l'institut bactériologique un nombre très élevé d'inoculations au cobaye de ganglions lymphogranulomateux ; ils insistaient, dès 1913, sur le caractère constamment négatif de ces inoculations. Il n'ont jamais pu observer chez le cobaye un seul cas de tuberculose expérimentale ; les animaux se sont toujours montrés réfractaires à l'inoculation de pus ou de fragments d'adénites lymphogranulomateuses. La constance des résultats a été telle, qu'à l'heure actuelle nos maîtres ne pratiquent plus cette inoculation à l'animal, tant les résultats négatifs de nombreuses inoculations antérieures ont été constants.

En revanche, dans deux cas de tuberculose ganglionnaire bien différents par l'aspect macroscopique et microscopique des lésions, la tuberculisation expérimentale de l'animal a été obtenue très facilement. Les recherches de M. Favre, interrompues par la guerre, ne lui ont pas permis de poursuivre les tentatives de reproduction expérimentale de la maladie sur d'autres animaux que le cobaye, qui s'y est montré réfractaire, au moins à l'inoculation de produits pathogènes par voie sous-cutanée. Il est très possible qu'un animal réceptif, le singe en particulier, puisse permettre la reproduction expérimentale de la lymphogranulomatose inguinale. M. Favre se propose de poursuivre ces recherches.

La conclusion à retirer des tentations de la reproduction de la maladie jusqu'ici poursuivies, est que ces recherches nous permettent d'éliminer à coup sûr l'intervention

du bacille tuberculeux, comme agent causal de la lymphogranulomatose inguinale.

Examen des coupes

Des méthodes histobactériologiques ont été employées par M. Favre pour la recherche de l'agent pathogène ; il s'est adressé non seulement aux colorations usuelles en histobactériologie, mais à des méthodes plus particulières, telles que l'imprégnation argentique et la coloration par l'hématoxyline ferrique ; cette dernière méthode lui avait permis antérieurement, avec M. Civatte, d'obtenir des préparations très démonstratives, des spirilles pathogènes des végétations génitales.

Ces méthodes ne lui ont pas jusqu'ici permis de retrouver sur les coupes un agent microbien ou un parasite constants. Quelques faits cependant ont retenu son attention ; nous avons déjà parlé des inclusions cellulaires des corpuscules chromatophiles que l'on rencontre en abondance à la coupe des ganglions, dans la cavité ou la paroi des abcès, libres ou inclus dans les éléments cellulaires.

Aucun argument cytologique irréfutable ne peut être invoqué en faveur de la nature parasitaire de certains de ces corpuscules. Il en est parmi eux qui représentent certainement des débris chromatiniens, les figures de pycnose leucocytaire étant dans les lésions très abondantes. Mais il en est d'autres, qui sur les coupes traitées par l'argent, se colorent et apparaissent sous forme de grains, de taille variable, le plus souvent intra-cellulaires.

Ces grains ne paraissent pas être de débris nucléaires, car la chromatine des noyaux ne se colore pas par cette

méthode. S'agit-il d'un matériel d'élaboration cellulaire ? Cette hypothèse est plausible. La signification parasitaire de ces corpuscules argentophiles paraît peu probable à M. Favre. Ils n'ont aucun rapport avec les foyers où les lésions sont particulièrement marquées : bordures des gommages, des abcès.

La signification de tels corpuscules doit donc être réservée pour l'instant ; il n'en est pas moins très intéressant d'en signaler l'existence et d'individualiser par ces réactions un groupe de corpuscules à affinités spéciales dans la masse des granulations chromophiles, que l'on observe au sein des tissus du granulome inguinal.

Cultures

Les tentatives de cultures faites sur divers milieux, n'avaient donné le plus souvent aux observateurs que des résultats négatifs ; elles n'avaient d'ailleurs été faites que dans un nombre restreint de cas, si nous exceptons cependant les recherches de Tantón et Pigeon.

Ces auteurs, dans le pus d'adénites, dont quelques-unes correspondent à la lymphogranulomatose inguinale, isolent par culture le bacillus fluorescens, variété **putridus** ou variété **liquefaciens**.

Pour ces auteurs ce bacille « doit être considéré comme » l'agent pathogène de ces adénites à évolution particulière et c'est à lui que ressortissent les caractères particuliers de cette évolution. »

Citons encore une autre conclusion de ces auteurs :
« On doit accorder à ce microorganisme un pouvoir » pathogène et pyogène marqué, tout au moins dans

» certaines conditions ; il entre dans la constitution de
» la flore bactérienne d'une région, souvent à l'exclusion
» d'autres régions assez voisines, puisque nous n'avons
» jamais observé d'adénites semblables à celles que nous
» décrivons, en France ni dans d'autres points de la pro-
» vince d'Alger. »

Signalons que les inoculations sous-cutanées pratiquées par Tanton et Pigeon avec le bacille isolé de leurs adénites n'ont pu reproduire la maladie.

« Les inoculations sous-cutanées, en effet, ou bien
» restaient négatives, ou bien se jugeaient par la produc-
» tion d'un tout petit abcès qui guérissait rapidement. »

Il faut reconnaître d'ailleurs que les cas étudiés par MM. Pigeon et Tanton sont très disparates, comme on pourra s'en convaincre en lisant leur mémoire.

M. Favre a poursuivi depuis plusieurs années des recherches tendant à isoler par culture l'agent pathogène des adénites subaiguës de l'aine. Nous rapporterons brièvement les résultats auxquels il est parvenu.

Disons tout d'abord que jamais par culture du pus, sur les milieux appropriés il n'a obtenu la pousse du bacille de Ducrey. Dans les nombreuses cultures qu'il a faites sur milieux à l'œuf, il n'a pas davantage obtenu le développement du bacille tuberculeux, alors que sur les mêmes milieux il obtenait facilement ces cultures en partant des lésions tuberculeuses authentiques, et même ensemencant des liquides pleuraux ou des liquides clairs de méningite tuberculeuse. Il y a là une nouvelle preuve de la non participation du bacille de Ducrey ou du bacille de Koch à la reproduction des lésions que nous décrivons.

Les résultats des cultures ne sont nullement en faveur

de la présence des pyogènes banaux. Sur les nombreux cas qu'il aensemencés, M. Favre a obtenu parfois, sur certains tubes, des colonies de gros cocci, rappelant le coccus polymorphe de la peau, mais de telles cultures sont restées exceptionnelles et trouvent leur explication dans les conditions parfois peu favorables, dans lesquelles ont été faits certains examens portant sur des pièces soumises à des manipulations opératoires prolongées, en raison des difficultés d'ablation. L'examen des cultures permet donc d'éliminer l'intervention du bacille de Ducrey, du bacille tuberculeux, et des pyogènes banaux.

Ajoutons que les cultures sur les milieux propres au développement des champignons sont restées négatives.

Tels sont les résultats négatifs ; voyons maintenant les données positives.

Les cultures obtenues l'ont été sur des milieux à l'œuf. Sur ces milieux, M. Favre a obtenu des bacilles diphtéroïdes se développant lentement, apparaissant un temps assez long, 8 à 15 jours après l'ensemencement.

En se fondant sur leur morphologie ces micro-organismes peuvent être divisés en deux groupes :

1° BATONNETS DIPHTÉROÏDES. — Il s'agit de bacilles qui rappellent le bacille diphtérique. Ils prennent le Gram, présentent assez fréquemment un aspect renflé de l'une de leurs extrémités ; ils ont d'ailleurs un aspect plus polymorphe que le bacille diphtérique vrai. Nous en avons figuré un type dans notre thèse.

Ces bacilles diphtéroïdes forment sur les milieux à l'œuf des colonies opaques, de structure radiée rappelant par quelques caractères des colonies mycosiques.

2° FORMES RAMIFIÉES. — Le polymorphisme d'aspect

est ici beaucoup plus accentué. L'aspect des éléments microbiens rappelle les streptothricées. L'examen du dessein annexé à notre travail donnera une idée de l'aspect des microbes par cultures.

Tous ces microorganismes diphtéroïdes ou ramifiés prennent le Gram ; les terminaisons massuées le gardent plus énergiquement que les filaments granuleux qui les supportent. Ces microorganismes ne sont pas acido-résistants, au moins dans les cultures obtenues après plusieurs repiquages.

Il reste à étudier l'action pathogène de ces microorganismes. Une pareille étude est à peine ébauchée. Notre maître compte la poursuivre et en faire connaître ultérieurement les résultats. Le seul fait important à retenir est que, presque dans tous les cas, ces microorganismes ont été retrouvés ; il y a là un fait qui ne peut manquer de retenir l'attention. Est-il suffisant, cependant, pour que l'on puisse attribuer à ces microorganismes diphtéroïdes une valeur pathogène certaine ?..., il serait prématuré de le prétendre. Il est d'ailleurs à noter que des microorganismes de morphologie et de réactions colorantes identiques ont été observés par d'autres auteurs dans des affections tout différentes.

« *Bunting et Yates, dans plusieurs cas de maladie de*
» *Hodgkin, ont cultivé un bâtonnet en règle granuleux,*
» *à l'aide duquel ils auraient prouvé cette maladie chez*
» *un macaque. Je tiens pourtant à faire la remarque que*
» *les particularités histologiques des lésions expérimenta-*
» *les ne me semblent pas prouver qu'il s'agissait là de*
» *l'affection de Hodgkin. — Des recherches analogues ont*
» *été faites par Billings et Rosenow, par de Negri et*
» *Mieremet et par Verplægh, Kehrer et v. Hoogenhuyze,*

» qui cultivaient également des bâtonnets granuleux,
» mélangés quelquefois de coques. »

Dans la lèpre des bacilles analogues ont été observés :
« Un auteur tout spécialement convaincu de l'importance
» pathogène de ces microorganismes est Kedrowski, qui est
» d'avis que le bacille lépreux classique ne représente
» qu'un stade dans le développement d'un organisme
» actinomycoïde. Kedrowski prétend avoir démontré, au
» moyen d'inoculations expérimentales, une transforma-
» tion des diphtéroïdes non acido-résistants, obtenus de
» tissus lépreux, en bacilles acido-résistants qui ressem-
» blaient parfaitement aux bacilles de la lèpre. Bayon
» ayant aussi obtenu la pousse de streptothricées et de
» diphtéroïdes, et croyant à l'aide de passages par les
» animaux avoir constaté une mutation en formes acido-
» résistantes, adopte l'opinion de Kedrowski. De même
» Reenstierna, qui dans son distingué travail sur la culti-
» vabilité et la morphologie du bacille de la lèpre a pré-
» senté les plus intéressants résultats ; s'appuyant sur
» ces résultats, Reenstierna insiste sur la pathogénité des
» microorganismes cultivés par lui et parvient à une
» opinion relative à la morphologie du bacille de la lèpre
» analogue à celle de Kedrowski. Spronck croyait pouvoir
» affirmer le rapport avec la lèpre en signalant l'action
» agglutinante de sérum de lépreux sur le bacille diphté-
» roïde qu'il a isolé et qui paraît semblable à ceux de
» plusieurs autres expérimentateurs. »

.... « Harris et Wade isolaient de quarante-cinq lépreux
» des streptothricées et vingt-sept échantillons diphté-
» roïdes non acido-résistants, mais les auteurs n'ont
» jamais vu ces microorganismes acquérir, par passages

» dans l'organisme animal, des propriétés acido-résis-
» tantes ; ils supposent que Kedrowski a travaillé avec
» un mélange d'un bacille acido-résistant et d'un diphté-
» roïde non acido-résistant. Scholz et Klingmüller, à
» l'aide d'examen sérologiques, n'ont pu soutenir l'hypo-
» thèse de la nature lépreuse des diphtéroïdes ; le sérum
» de lépreux ne les agglutinait pas plus fortement que le
» sérum normal. »

.... « Robertson et d'autres expérimentateurs consta-
» taient, dans différents organes de paralytiques généraux,
» des microorganismes de morphologie diphtéroïde ; et on
» prétendait même avoir démontré, à l'aide d'expériences
» sur des lapins, l'importance étiologique de ce « *Bacillus*
» *paralyticus* ».

Dans la paralysie générale Robertson, dans le rhuma-
tisme Forssner ont cultivé des bacilles plémorphiques qui
revêtent en général la forme diphtéroïde.

Nous avons trouvé ces indications dans un travail fort
intéressant de Jørgen Schaumann. Cet auteur a d'ailleurs
obtenu des cultures tout à fait analogues à celles observées
par notre maître, en cultivant des fragments de lupus
pernio et de sarcoïdes cutanées.

On voit donc qu'il reste à prouver la valeur pathogène
des micro-organismes isolés jusqu'ici par culture du pus
ou de fragments de ganglions de la lymphogranulomatose
des ganglions de l'aîne. Les recherches ultérieures nous
fixeront sur ce point ; ce n'est pas toutefois un mince
profit que d'avoir pu obtenir, grâce à l'étude bactériolo-
gique, des résultats négatifs, aussi intéressants que ceux
que nous avons enregistrés. S'ils ne permettent pas de
dire ce qu'est l'affection que nous étudions, du moins per-
mettent-ils d'établir ce qu'elle n'est pas.



Fig.1.



Fig 2.

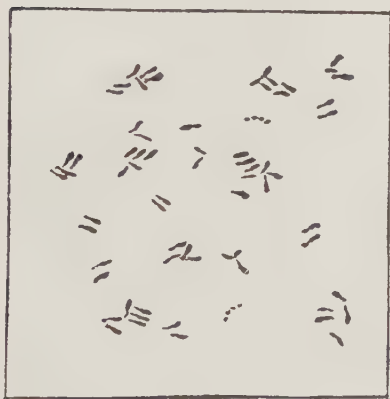


Fig.3.

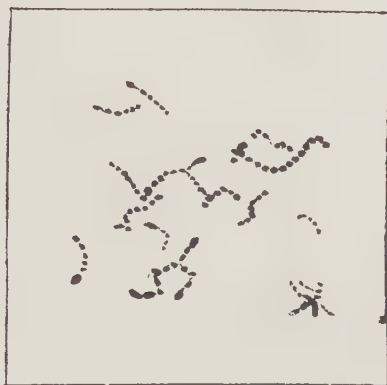


Fig.4

La planche représente les aspects les plus habituels des bactéries polymorphes, obtenues par culture du pus ou des ganglions. L'aspect bacillaire est très net sur les éléments de la figure 3, qui représente des bacilles dont la morphologie rappelle celle du bacille diphtérique. Sur d'autres éléments, la morphologie est différente, ainsi que le montrent les figures : de gros renflements apparaissent bien visibles à l'examen de la figure 1, où les formes massuées sont remarquablement développées. A côté d'elles on trouve des éléments groupés en amas et représentant un aspect coccien. Tous les intermédiaires se voient entre les formes bactériennes légèrement spatulées de la figure 3, et les formes massuées de la figure 1 ; La figure 2, montre ces types intermédiaires. La figure 4, montre l'aspect des chaînettes à renflements successifs, que l'on peut observer sur certains éléments, et qui achève d'établir le polymorphisme remarquable de ces bactéries.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Cette longue étude qui nous a permis de reprendre tous les traits de la lymphogranulomatose rend désormais très aisée la tâche d'en étudier le diagnostic.

Dès qu'on a appris à la voir, cette maladie si particulière se reconnaît aisément par tout l'ensemble de caractères que nous lui avons décrits. Les diagnostics différentiels des affections avec lesquelles on pourrait la confondre s'éliminent rapidement, et l'on arrive à poser sans peine le seul diagnostic qui s'impose en présence d'une symptomatologie très typique, celui de la lymphogranulomatose.

Avec quoi pourrait-on d'ailleurs la confondre ?

Diagnostic avec la tuberculose

En présence d'une adénopathie torpide, peu douloureuse, à évolution subaiguë, dont le retentissement s'est parfois marqué sur l'état général par l'amaigrissement, l'anémie, le diagnostic de tuberculose est venu trop sou-

vent à l'esprit du médecin, et nous avons dit combien il était curieux de constater les vicissitudes de l'opinion médicale au sujet des rapports de ces adénites avec la tuberculose. La clinique est ici un témoin qui a été invoqué tantôt pour isoler ces adénites de la tuberculose (Nélaton), tantôt pour les assimiler à elle (Lejars). Aujourd'hui, et sans revenir sur ce débat, le procès est jugé : ces adénites subaiguës relèvent d'une infection qui n'a rien de commun avec la tuberculose. L'histologie qui a fait commettre à MM. Marion et Gandy une si regrettable erreur, ne constitue pas un critérium valable ; il en est tout autrement de l'innoculation. Systématiquement pratiquée elle s'est toujours montrée négative, et l'on peut apporter contre la tuberculose d'importantes statistiques ; nous rappellerons celles de MM. Tanton et Pigeon qui portent sur plus de 100 inoculations.

Ces inoculations, la recherche directe des bacilles pratiquées par MM. Nicolas et Favre ont été si régulièrement et si constamment négatives, que nos maîtres considèrent la question comme définitivement jugée. Plus récemment, M. Favre a cultivé sur les milieux à l'œuf le pus ou des fragments de ganglions, provenant des malades atteints de lymphogranulomatose. Ces milieux, on le sait, se prêtent parfaitement à la culture du bacille de Koch. Or, jamais lesensemencements de M. Favre n'ont donné lieu au développement de cultures de bacilles de Koch.

La question est donc jugée ; nous concluons que désormais aucun travail sur cette question ne peut plus être fondé comme celui de Lejars, sur des documents purement cliniques. De ce qu'une affection dure longtemps, qu'elle est torpide, qu'elle se fistulise, on n'a plus le droit

de conclure, sans autre forme de procès qu'il s'agit de tuberculose. En fait, à Lyon, où l'attention a été particulièrement attirée sur ce sujet, et où M. Favre a eu l'occasion d'examiner un très grand nombre de cas d'adénites, il n'a observé que deux cas authentiques de tuberculose ganglionnaire inguinale, facilement vérifiés par les résultats de l'inoculation ; dans ces deux cas, il s'agissait de masses adénopathiques dures, qui n'avaient subi aucune suppuration cliniquement perceptible.

En présence d'une adénite torpide de la région inguinale à tendance suppurative même si l'état général momentanément touché plaide en faveur de la tuberculose, même si l'affection persiste longtemps fistuleuse, nous savons d'une façon certaine que ce n'est pas à la tuberculose qu'il faut songer, qu'elle est exceptionnelle à ce niveau, et qu'il faut maintenant renouer la tradition des travaux, qui, de Nélaton jusqu'à ceux de nos maîtres lyonnais, ont établi sur la clinique et l'expérimentation cette notion désormais certaine bien que communément méconnue.

Diagnostic avec la syphilis

Ce diagnostic se pose exceptionnellement. La syphilis ne donne pas à l'ordinaire de masses inflammatoires adénitiques au niveau de l'aîne.

La lymphogranulomatose est une affection indépendante de la syphilis, ainsi que le démontrent la clinique et les recherches de laboratoire. M. Favre, comme M. Nicolas, ont suivi dans leurs services respectifs nombre de cas de malades atteints de cette affection, et qui sont restés sous leur contrôle pendant plusieurs mois sans qu'aucune

manifestation constitutionnelle de syphilis ait pu être observée chez eux.

La réaction de Wassermann est négative chez ces malades, sauf le cas d'une syphilis antérieure. Même lorsque cette réaction est positive du fait d'une infection syphilitique antécédente, le traitement antisypilitique est sans action sur les ganglions. Nous en rapportons plusieurs cas. Un des malades de M. Ravaut, observation I, montre également l'inefficacité du traitement spécifique. Ajoutons en outre que jamais l'examen parasitologique n'a montré à la surface des chancres lymphogranulomatosiques, des treponèmes, et qu'enfin M. Favre qui a fait de nombreuses imprégnations au nitrate d'argent de ganglions, par la méthode de Levaditi, n'a jamais décelé de spirilles.

Nous ne nous arrêterions pas à cette question des relations de la syphilis et de nos adénopathies si M. le Professeur Audry n'avait publié dans les annales de dermatologie un article, qui n'a pas manqué de retenir notre attention.

Dans la description de cette « syphilis cryptocarcinique à bubon d'emblée » nous n'avons pas eu la peine à reconnaître bien des traits de l'affection qui nous occupe. Il n'entre pas ici dans nos vues de discuter longuement la conception de M. le Professeur Audry. Faisons seulement remarquer que chez tous ses malades le diagnostic de syphilis repose exclusivement sur des constatations sérologiques, et l'on peut faire à l'auteur, avec M. Milian, l'objection que cette réaction a pu déceler une syphilis antécédente. Il y a d'autant plus de raisons de le supposer que chez aucun de ses malades M. Audry n'a observé d'accidents secondaires. Ce n'est pas seulement le chancre

qui se cache chez ses malades, mais aussi les accidents qui témoignent de l'infection générale. Nous serions donc en présence d'une syphilis anormale à bien des points de vue.

Le temps d'observation de certains de ses malades aurait certainement permis la constatation d'accidents secondaires, s'il se fût agit, comme le pense l'auteur, d'une syphilis primaire à bubon d'emblée. Le malade de l'observation I venu à la consultation le 5 septembre, quitte l'hôpital le 17 novembre ; le malade de l'observation IV, hospitalisé le 30 septembre en sort le 15 novembre.

Nous ne pouvons nous empêcher d'être surpris par l'accumulation d'anomalies, que l'on est bien obligé d'invoquer, si l'on veut admettre la manière de voir de M. Audry. Nous nous trouvons, en effet, en présence de cinq cas de syphilis débutant sans chancre : première anomalie ; de cinq cas de syphilis primaire à réaction ganglionnaire inflammatoire et à bubon d'emblée : deuxième anomalie. Ces cinq cas enfin n'ont été suivis d'aucune manifestation de syphilis secondaire.

Nous reconnaitrons donc que les faits suggestifs rapportés par M. le Professeur Audry n'ont pas entraîné notre conviction ; nous attendons de nouvelles observations pour admettre l'existence de ces syphilis essentiellement anormales à tous points de vue, que seraient les syphilis cryptocarciniques à bubon d'emblée.

Dans tous les faits que nous avons observés, le diagnostic d'avec la syphilis a été d'une extrême simplicité. Le chancre lymphogranulomatosique est tout différent du chancre syphilitique. La réaction ganglionnaire qu'il provoque a l'aspect typique que nous lui avons décrit. Aucune

poussée d'accidents secondaires ne s'observe du fait de cette infection. Les réactions sérologiques ne sont positives que si une affection antérieure syphilitique a existé chez le malade (M. Favre), ou ne sont positives, à défaut de syphilis antécédente, que pendant un temps relativement court (Ravaut).

Diagnostic avec les adénites chancrelleuses

Plus difficile est le diagnostic de la lymphogranulomatosé inguinale avec le chancre mou. Il y a longtemps que le problème dont nous nous occupons est posé. En relisant les travaux des vénéréologues du siècle dernier on voit dans quelles perplexités les a jetés la constatation d'adénites anormales, qu'ils observaient à côté du véritable bubon chancrelleux typique. Inoculabilité négative au porteur, aspect aphilégmasique, longue durée, tels sont les caractères principaux de ces adénites que tous les anciens auteurs ont observé sans savoir les interpréter ; et nous avons signalé la variété des dénominations qui leur ont été appliquées : bubon sympathique, bubon d'emblée, adénites simples (Jullien), bubon chancrello-strumeux, hyperplasie amorphe ganglionnaire (Gambérini), etc.

La notion que nous apportons de la lymphogranulomatosé est, croyons-nous, l'explication des faits qui ont tant intrigué les anciens observateurs. Ces « *états chroniques de longue durée que ne viennent assombrir ni la crainte du phagédénisme, ni dans la majorité des cas celle de la gangrène* » (Jullien) relèvent de la lymphogranulomatosé (M. Favre).

Il est intéressant de se reporter aux travaux des

vénérologues qui ont écrit vers la fin du siècle dernier. Citons la description que donne Diday du bubon d'emblée :

« Trois semaines après le coït — sans qu'on puisse
» découvrir de chancres aux téguments qui sont en
» rapport physiologique avec les ganglions de l'aîne, —
» un des ganglions inguinaux s'engorge. Quelques jours
» avant qu'il ne s'aperçoive de l'engorgement, ou au plus
» tard dès son apparition, le malade a ressenti quelques
» frissons, des lassitudes vagues : insomnie, douleurs des
» reins, inappétence. — L'inflammation locale augmente,
» mais avec lenteur, et restant toujours modérée. Il se
» passe au moins un mois, quelque fois deux, avant que
» l'engorgement se décide, soit à entrer en résolution, soit
» à suppurer. — Dans ce dernier cas (qui a lieu environ
» une fois sur quatre) le pus, qui a à peu près l'aspect
» de celui des phlegmons, ne s'inocule pas et l'ouverture
» ne devient pas chancreuse. »

Les caractères de ces bubons d'emblée qui ont tant de ressemblance avec ceux de la lymphogranulomatose se retrouvent, ainsi que l'ont fait remarquer les anciens observateurs, dans les adénites dites sympathiques non inoculables. « Les deux affections ne sont pas plus spécifiques
» l'une que l'autre. Le diagnostic ne peut donc se déduire
» que de la présence ou de l'absence du chancre ; et, alors
» même que le chancre manque, comme il a pu avoir le
» temps de se cicatriser chez certaines malades dont
» l'adénite est ancienne ou s'est développée tardivement,
» on est encore embarrassé de savoir à laquelle de l'une
» ou de l'autre des deux variétés on a affaire.

» M. Diday a prétendu que l'adénite essentielle, suite

» du coït, était précédée d'un malaise général, et qu'elle
 » éclatait ordinairement trois semaines après le coït fatal.
 » Il s'agit là, comme on le voit, de signes purement com-
 » mémoratifs sur lesquels il y a peu à compter pour
 » établir le diagnostic. » (Rollet).

Ces discussions comme aussi les hypothèses faites pour expliquer la production du bubon sympathique, du bubon d'emblée, nous font assister à l'embarras des observateurs en présence des faits qu'ils n'expliquaient pas. Ces observateurs ne nous ont pas laissé de renseignement précis sur les caractères respectifs des chancres qui donnaient naissance soit au bubon chancrelleux, soit au bubon sympathique, la coexistence de deux variétés de bubon sur un même malade étant rare et attestée par un cas de Ricord cité par Rollet, page 167, et par l'observation discutable de Jullien.

En présence de ces faits, de ces discussions, qui rappellent celles qui se sont élevées à propos de l'unicité ou de la pluralité des maladies vénériennes, nous devons nous attacher fermement aux notions bien établies par la clinique, par l'expérimentation, par la bactériologie. Elles permettent d'établir l'existence d'adénites spéciales, non inoculables, que ne complique jamais le phagédénisme et la chancrellisation, et dont la séparation, l'individualisation, met fin aux longues discussions qui se sont élevées au sujet de la nature des bubons, entre les vénérologues du siècle dernier.

Du simple point de vue de la clinique il y a entre ces bubons chroniques et les bubons chancrelleux des différences radicales. Nous ne saurions mieux faire qu'emprunter au grand vénéréologue lyonnais Rollet les traits princi-

paux, qui marquent la symptomatologie et l'évolution du bubon chancrelleux :

« Le ganglion est bien vite envahi tout entier par la
 » suppuration ; le tissu cellulaire ambiant suppure aussi
 » très promptement. La tumeur a ceci de remarquable
 » qu'elle se ramollit presque simultanément dans toute sa
 » masse. Ce n'est donc pas, comme dans l'adénite simple,
 » le sommet qui devient d'abord fluctuant, tandis que la
 » base peut rester dure et phlegmoneuse encore longtemps.
 » Le ramollissement en général est très rapide. Souvent
 » au bout de quelques jours, dans un ou deux septénaires,
 » le bubon chancreux est converti tout entier en une
 » poche purulente, globuleuse, saillante, n'ayant pour
 » ainsi dire que l'épiderme pour paroi antérieure.

» L'épiderme est si bien une barrière opposée à l'action
 » ulcéralive du pus chancreux, qu'on voit quelquefois de
 » ces abcès où le pus, qui jusque-là a ulcéré et détruit
 » très vite de dehors en dedans tous les tissus y compris
 » la peau, se trouve retenu assez longtemps par l'épi-
 » derme, ce qui donne à la tumeur, comme nous l'avons
 » déjà fait remarquer à propos de la lymphite chancreuse,
 » l'aspect d'une ampoule purulente ou d'une grosse bulle
 » plutôt que celui d'un abcès ordinaire.

» Lorsqu'on ouvre le bubon chancreux à cette période
 » de la maladie, on évacue une grande quantité de pus.
 » Ceul-ci est tantôt phlegmoneux, de bonne nature ; tan-
 » tôt sanieux, grisâtre, couleur chocolat. Le pus phleg-
 » moneux ne remplit jamais à lui seul toute la tumeur ;
 » il est plus ou moins abondant, mais il y a toujours en
 » même temps que lui du pus chancreux dont l'apparence
 » est plutôt grisâtre, rougeâtre, sanieuse. Ce dernier, au

» contraire, peut remplir complètement le foyer ; j'ai
 » souvent vidé de ces abcès qui ne contenaient certaine-
 » ment que du pus chancreux. Du reste, de quelque
 » manière et à quelque période que ces abcès aient été
 » ouverts, ils se présentent toujours à l'extérieur avec les
 » caractères du chancre. Quand l'ouverture a été retardée,
 » le foyer est plus vaste, le chancre est plus étendu
 » quand l'ouverture a été faite prématurément, le chancre
 » est au contraire relativement petit, et on le voit, pour
 » ainsi dire, monter progressivement du fond de l'abcès
 » jusqu'aux bords de l'ouverture qui s'inoculent.

» Dans ce dernier cas, la maladie peut rester très limitée
 » et guérir sans faire plus de progrès. Le fond de l'abcès
 » chancreux s'élève, il se déterge c'est-à-dire qu'il perd
 » son apparence grisâtre, pultacée, pour devenir rouge,
 » granuleux. Les bords de l'ouverture, qui avaient d'abord
 » pris le même aspect que le reste du chancre, cessent
 » d'être chancreux, et le bubon tout entier, converti en
 » plaie simple, se cicatrise régulièrement. Mais il n'en est
 » pas toujours ainsi.

» Ces mêmes bords, une fois inoculés, peuvent s'ulcérer
 » progressivement : l'ulcération peut gagner de proche
 » en proche la peau du voisinage, et former un vaste
 » chancre extérieur. Le même travail s'accomplit dans les
 » parties profondes ; on dirait même que l'ulcération
 » ne gagne la peau que sur les points où celle-ci a été
 » préalablement décollée et amincie par les progrès du
 » chancre dans le tissu cellulaire sous-cutané.

» Telle est surtout la marche du bubon chancreux dans
 » les cas où l'abcès a été volumineux et tardivement
 » ouvert. Il est bien rare alors que la paroi antérieure

» de l'abcès, formée par la peau distendue, amincie, ne
» soit pas vouée à une destruction totale, qui s'opère com-
» me nous venons de l'indiquer : c'est-à-dire que, l'abcès
» une fois ouvert, les bords de l'ouverture s'inoculent, et
» de proche en proche toute la peau amincie et décollée
» s'ulcère, disparaît et met le chancre ganglionnaire à
» découvert dans toute son étendue. »

On voit combien les différences cliniques sont profondes entre le bubon chancrilleux virulent, contenant le bacille de Ducrey et le groupe des adénites subaiguës de l'aine. L'inoculation est un moyen qui s'ajoute aux différences cliniques pour trancher le diagnostic. Elle reste le « *moyen infailible* » (Rollet) pour le diagnostic de la nature de ces adénites.

Actuellement, pour affirmer le diagnostic d'infection chancrilleuse l'observateur possède un ensemble de moyens désormais éprouvés : aspect clinique du chancre, examen bactériologique de ses sécrétions, inoculation expérimentale au porteur, caractères et évolution de l'adénite, cultures du pus ganglionnaire. Ces moyens nous ont toujours permis d'identifier sans peine aussi bien les chancres que leurs complications lymphatiques.

Une expérience clinique étendue a convaincu nos maîtres de l'Ecole dermatologique lyonnaise, que les adénites torpides inguinales, les bubons d'emblée, ce groupe jusqu'ici mal classé d'adénites inflammatoires chroniques inguinales, ressortissent, pour le plus grand nombre de cas, à une maladie génitale spécifique, la lymphogranulomatose inguinale.

Le bubon chancrelleux chronique

Mais, avant de conclure définitivement sur ce point, nous devons examiner de près les travaux que M. Gougerot a consacrés à ce qu'il désigne sous le nom de bubon chancrelleux chronique.

M. Gougerot attribue au bacille de Ducrey non seulement les accidents ganglionnaires aigus qu'il est classique de lui reconnaître, non seulement les formes de bubons compliqués de phagédénisme, dont la discussion est hors de cause, mais d'autres formes de réaction ganglionnaire dont la symptomatologie est polymorphe, et qui toutes présentent le caractère commun d'être des adénopathies chroniques. Le lecteur qui se reportera à l'article de M. Gougerot constatera la multiplicité des formes objectives de ces adénites qui sont représentées par « *des ganglions, » gros, durs, froids, indolents ou peu sensibles,... faisant » craindre une adénite tuberculeuse... : C'est la forme » chronique froide, indurée, non fistuleuse, non ulcéreuse, » tuberculoïde elle aussi. »*

L'évolution d'une « *déconcertante chronicité* » a pu faire suspecter « *une associatoin chancrello-tuberculeuse » ganglionnaire, qui est moins rare qu'on ne le croit... : » c'est la forme fistuleuse chronique tuberculoïde* ». Ces fistules peuvent s'accompagner « *d'un état éléphantiasique » de la peau* », qui forme au niveau de l'aîne « *une sorte » de blindage dur, parcouru de quelques sillons rétractés... » c'est la forme fibreuse éléphantiasique* ». M. Gougerot ajoute à ces formes la « *forme phagédénique* » qui ne nous paraît y rentrer que très incomplètement : la forme phagédénique du bubon chancrelleux est en effet de tous points

classique, et ne soulève aucune des discussions qui sont de mise à propos des autres formes.

C'est qu'en effet, à lire les caractères que M. Gougerot attribue aux formes chroniques du bubon chancrilleux on reconnaîtra sans peine que ce sont bien souvent ceux par lesquels nous avons décrit l'aspect et l'évolution de nos adénites : évolution torpide, fistules interminables, aspect scrofuloïde, épaissement et blindage de la peau recouvrant l'adénite ; ce sont là autant de notations que nous avons souvent consignées, et l'on conclura qu'il existe une étrange ressemblance entre les bubons chancrilleux chroniques de M. Gougerot et les adénites de la lymphogranulomatose, de l'ulcère vénérien adénogène.

La clinique seule ne peut nous donner la solution de la question. C'est donc sur un autre terrain qu'il faut reporter la discussion ; c'est sur ce terrain d'ailleurs que M. Gougerot l'a portée lui-même.

Il ne cite nulle part les travaux de M. Favre et de M. Nicolas, qui lui avait à cette date probablement échappé. Il établit la réalité des bubons chancrilleux chroniques sur la bactériologie ; dans tous les cas qu'il rapporte il a pu mettre en évidence le bacille de Ducrey. Il l'a cultivé facilement, l'a découvert sans peine dans le pus de fistules persistant depuis de longs mois. Il nous enseigne d'ailleurs que l'autoculture est un moyen de déceler le bacille de Ducrey dans le pus, où il peut parfois se cultiver et pulluler. C'est donc une question essentiellement biologique et bactériologique qu'il importe d'envisager ici.

Sur le seul terrain de la clinique quelques simples remarques pourraient être faites à propos de l'article de M. Gougerot.

A la lecture de ses observations on se prend souvent à désirer quelques renseignements plus précis sur l'accident primitif.

Plus souvent encore on reste étonné à la lecture d'observations, où malgré la virulence du pus, attestée par la présence plusieurs fois constatée, du bacille de Ducrey, aucune chancrellisation ne s'est produite. Le malade de l'observation 23420 conserve une adénite fistuleuse pendant plus de quinze mois. Cette adénite « *n'avait aucune* » *tendance à régression spontanée. Seul le grattage put* » *en revenir à bout. Pendant cette longue période toujours* » *on a pu colorer et cultiver le bacille de Ducrey* ».

Une telle constatation de tels faits prêtent à des considérations que nous développerons dans un instant, et qui s'imposent immédiatement à l'esprit. La malade du n° 25190 est porteuse de fistules pendant seize mois, elle subit dans l'intervalle deux curettages ; Ce n'est qu'alors que l'adénite finit par guérir. Pendant toute cette période elle garde « *une fistule cachée dans le pli inguinal très adipeux, fistule étroite, large à peine de trois à cinq millimètres, à bords rouges violacés, torpide, semblant en retrait sur la peau voisine comme enfoncée. La fistule laisse écouler du séropus floconneux ou du pus, parfois de la sérosité citrine... Dans ce suintement les examens répétés ont, sauf exception montré pendant toute cette période de rares bacilles de Ducrey et pas d'autres germes.* »

M. Gougerot ne donne que des renseignements assez sommaires sur les bacilles de Ducrey qu'il a observés chez ses malades. Il les a colorés par le bleu, a vu qu'ils ne gardaient pas le Gram, qu'ils étaient plus colorés à leurs

extrémités ; ce sont bien là à n'en pas douter, des caractères du bacille de Ducrey.

Nous reconnaissons que M. Gougerot se trouvait en présence de cas particulièrement favorables et que bien nombre d'observateurs ont été moins heureux que lui dans leurs recherches, même en s'adressant à des bubons chancrelleux authentiques, et en employant pour la coloration du bacille l'excellente méthode de Pick et Jacobson, « véritable colorant d'élection » (Queyrat).

Une objection d'un autre ordre vient tout naturellement à l'esprit : Les caractères des bacilles trouvés par M. Gougerot dans le bubon chancrelleux chronique ne peuvent-ils s'appliquer qu'au seul bacille de Ducrey ? Il est de notion courante en bactériologie que la morphologie comme les réactions tinctoriales ne suffisent pas à caractériser une espèce microbienne. Il est d'autres épreuves biologiques auxquelles elle doit nécessairement satisfaire pour que son identification soit valable. Nous n'en donnerons qu'un exemple ; il est relatif au bacille diphtérique et aux bactéries gardant le Gram qui peuvent être confondues avec lui, si l'on ne tient compte que de l'aspect morphologique et de l'épreuve de Gram. L'un est cependant virulente, les autres dépourvues, ou à peu près, d'action pathogène. Une objection de ce genre ne peut manquer de se poser à la lecture des observations que nous avons signalées.

Que penser d'un bacille de Ducrey, qui pendant des mois entiers se déverse à la surface de la peau sans la chancrelliser ? Que penser d'un bacille dépourvu à ce point de virulence, que les plaies ouvertes par le curettage des fistules ne lui servent pas de porte d'entrée ? S'il s'agit

d'un bacille de Ducrey vrai, il se trouve donc singulièrement atténué, dépourvu de virulence, inerme.

On a tenté parfois le traitement chirurgical du chancre mou. L'opération était surtout indiquée en cas de chancres peu nombreux, localisés au rebord préputial. La condition opératoire préalable était la destruction par le thermocautère ou les caustiques des chancres avant leur ablation ; et cependant il est arrivé à plusieurs vénérologues d'observer malgré cette technique, une chancrélisation de toute la surface de circoncision, alors qu'ils croyaient cependant s'être mis en garde contre toute contamination possible ; tant l'inoculabilité du bacille de Ducrey est un des caractères les plus significatifs de ce microbe.

Nous nous bornerons simplement à ces réflexions que fait naître la lecture du travail de M. Gougerot. Une phrase de cet auteur, extraite d'un article du journal des praticiens ne peut qu'accentuer par des arguments tirés de l'auteur lui-même, les objections qui s'imposent sur la nature des bactéries qu'il a observées : « *Bactériologiquement, dit M. Gougerot, il m'a été donné de voir, sur lame, des bacilles de Ducrey certains, autant qu'on peut l'affirmer morphologiquement, chez des malades atteints de lésions non chancrélleuses : plaques muqueuses, balanites érosives circinées, vieilles gouttes uréthrales !* »

Nous sommes ici en plein accord avec M. Gougerot sur la valeur du critérium purement morphologique. Les bacilles qu'il a observés, n'ont pas été soumis à l'épreuve de l'inoculation au porteur. Il est vrai que le résultat en est à prévoir, puisque les malades sont restés si longtemps

indemnes à l'encontre de ces bacilles malgré les multiples causes favorisantes qui eussent dû provoquer la multiplication des points d'inoculation.

En ce qui nous concerne, M. Favre a ensemencé très souvent sur des milieux au sang le séro-pus d'adénites, dont le type clinique correspondait à celui des bubons chancrelleux chroniques de Gougerot, et n'a pas pu isoler le bacille de Ducrey. Les nombreux examens directs pratiqués par lui comme aussi à la clinique de M. Nicolas ont été infructueux, et c'est précisément ce caractère négatif des recherches bactériologiques qui constitue un des traits vraiment distinctifs de la lymphogranulomatose inguinale.

Dans un des cas qu'il rapporte, M. Ravaut, ne manque pas de tenter l'inoculation expérimentale à son malade et d'en noter le résultat négatif. Terminons par un nouvel argument : des cas nombreux de lymphogranulomatose tuberculoïde, fistulisée, ont été traités à Lyon par l'extirpation chirurgicale ; le chiffre des interventions ainsi pratiquées dépasse la centaine.

Au cours de ces interventions il est souvent arrivé que le pus des adénites soit déversé dans la plaie cruentée : jamais la complication de la chancrellisation, à plus forte raison celle du phagédénisme n'a été observée. Ce sont là autant d'expériences fortuites, dont il importe de profiter, et sur la signification desquelles il est superflu d'insister.

Un nouvel argument d'un autre ordre plaide en faveur de la séparation de la lymphogranulomatose et des adénites chancrelleuses nous est fourni par l'étude des adénites climatériques.

Aucun des auteurs, — ils sont nombreux —, qui ont étudié les adénites climatériques, n'admet l'intervention du bacille de Ducrey. Tous distinguent soigneusement ces adénites d'avec les bubons chancreux.

Nous ne poursuivrons pas plus loin cette discussion aussi bien sa solution est-elle, nous l'avons démontré, d'ordre bactériologique. Les bacilles que M. Gougerot a observés dans les adénites dont il a esquissé la physiologie clinique sont-ils des bacilles de Ducrey ?

Il faut bien reconnaître qu'il existe dans les observations de M. Gougerot, une véritable opposition entre les données de la bactériologie qui atteste la présence du bacille et la virulence du bubon, et la surprenante torpidité de l'évolution clinique. L'enquête bactériologique poursuivie à Lyon n'a pas abouti, nous le répétons, à des conclusions semblables à celles de M. Gougerot. Les espèces bactériennes trouvées sur frottis de pus de fistules, chez les malades atteints de lymphogranulomatose inguinale, ont constamment présenté une morphologie ainsi que des réactions tinctoriales qui permettaient sans hésitation de les différencier du bacille de Ducrey-Unna.

Quant au pus prélevé au sein des masses ganglionnaires après ablation chirurgicale, ou bien au pus des collections non ouvertes, il s'est montré en règle générale privé de germes visibles par les méthodes employées par M. Gougerot (coloration par le bleu de méthylène, le bleu de Unna, la méthode de Gram).

Nous pouvons donc affirmer qu'en présence d'adénites inflammatoires subaiguës de la région inguinale on doit désormais penser à l'ulcère vénérien adénogène, à l'affection longuement étudiée par nos maîtres, et dont les

observations, qui vont se multipliant, ont affirmé l'individualité clinique.

Il importe aussi dans cette question de pathologie ganglionnaire inguinale de se garder des diagnostics à priori, non fondés sur l'expérimentation. Il en est ainsi du diagnostic de tuberculose par exemple qui « *est la cause la plus fréquente des adénites chroniques indurées ou fistuleuses* » (Gougerot).

La vérité sur ce dernier point est précisément tout autre que ce que l'affirmation de M. Gougerot tendrait à faire considérer comme une notion à l'abri de toute critique.

Diagnostic avec les suppurations aiguës non virulentes satellites du chancre mou

Chez les malades porteurs de chancres mou cliniquement certains on voit souvent se développer des adénites qui diffèrent du bubon chancrelleux en ce qu'elles ne sont point virulentes, qu'elles ne contiennent pas le bacille de Ducrey et qu'elles guérissent avec une très grande rapidité, après l'incision de la collection unique, rapidement formée, qu'elles constituent. Ces adénites inflammatoires simples, satellites du chancre mou, diffèrent profondément de notre maladie : leur développement rapide, leur suppuration hâtive, les douleurs vives qui les accompagnent, leur localisation aux ganglions inguinaux superficiels sont autant de caractères qui séparent ces adénites aiguës de l'adénopathie torpide que nous étudions. La ressemblance d'évolution de ces adénites inflammatoires et de l'adénite chancrelleuse est telle que les vénéréologues ont souvent insisté sur la difficulté où l'on est de savoir, en présence d'une adénite

aiguë chez un porteur de chancre mou, si l'on est en présence d'un bubon virulent proprement dit ou d'une adénite inflammatoire non virulente. Il y aurait grand intérêt à étudier bactériologiquement ces adénites inflammatoires satellites. Pas davantage que le bubon chancereux vrai, elles ne ressemblent à la maladie inguinale qui fait l'objet de notre thèse.

Diagnostic de la lymphogranulomatose d'avec la peste

Il n'était pas venu à l'esprit de M. Favre, pas plus qu'à celui de M. Nicolas de songer à la peste en présence d'une affection, qu'ils observaient à Lyon, en l'absence de toute endémie pesteuse, et avec des caractères cliniques et bactériologiques si particuliers. C'est cependant un diagnostic qu'il importe de discuter.

La récente épidémie de peste à Paris a montré la nécessité de penser à la peste en présence d'adénites inflammatoires, survenant sans causes dans nos grandes villes, où la maladie peut d'un jour à l'autre faire son apparition.

M. Joltrain dans sa monographie sur la peste montre les difficultés de ce diagnostic.

Dans les formes bien caractérisées, la peste bubonique présente des caractères que l'on ne trouve pas dans la lymphogranulomatose. Citons à propos du bubon pesteux la description de M. Joltrain : « *La fièvre et la douleur* » *qui accompagnent son évolution, son accroissement de* » *volume extraordinairement rapide et son apparition* » *brutale souvent en même temps que les autres symp-* » *tômes : la céphalalgie, les frissons, les nausées, l'hébé-*

» tude ; tels sont les signes qui doivent mettre rapidement
» sur la voie du diagnostic. »

Mais il est des formes plus atténuées et dont l'interprétation offre beaucoup plus de difficultés. Il semble bien que l'on trouve dans l'examen bactériologique du pus ganglionnaire et la culture de ce pus, dans l'hémoculture, dans la réaction de la fixation, dont M. Joltrain nous a fait connaître la valeur des moyens de faire, en cas de doute, le diagnostic d'une adénite pesteuse. Ces moyens ont été mis en œuvre par M. Joltrain lui-même sur des cas de lymphogranulomatose diagnostiqués tels par M. Ravaut. La réaction de fixation s'est montrée nettement négative.

Diagnostic de la lymphogranulomatose et de l'adénite climatérique

Nous avons déjà laissé pressentir qu'il n'y a pas lieu d'établir les éléments d'un diagnostic différentiel entre ces deux affections que tout concourt à rapprocher et qu'en ce qui nous concerne nous considérons, après notre maître M. Favre, comme une seule et même maladie. Nous en avons donné des preuves, nous en apporterons de plus nombreuses encore et vraiment décisives au cours du chapitre que nous allons aborder maintenant.

CHAPITRE VI

LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE ET BUBONS CLIMATERIQUES

Tout au long de ce travail il a été sans cesse question des adénites climatériques, des bubons climatériques, et on a déjà vu que nous identifions les bubons climatériques à la lymphogranulomatose inguinale. Il est en effet impossible de trouver autre chose que des ressemblances entre ces deux maladies ganglionnaires. L'affirmation de leur identité est due à Brault, il est juste de le reconnaître :
« *En fait de pathologie exotique une partie des abus de*
» *la terminologie, vient de ce qu'on tend à rapporter au*
» *climat, des choses qui ne lui reviennent pas en propre.*
» *Là où ce dernier, n'agit que comme cause prédispo-*
» *sante, accessoire, on en fait volontiers la cause primor-*
» *diale de certaines affections ».... « Il n'y a pas, à*
» *proprement parler, de « phagédénisme tropical », pas*
» *plus que de « bubons climatériques ».*

Les adénites qualifiées de bubons climatériques ne sont pas autre chose que « *ces adénites subaiguës, qu'on peut*
» *rencontrer de temps à autre, aux contrées tempérées et*

» *mêmes froides, qui sont infiniment plus fréquentes aux*
» *pays chauds et tropicaux ; voilà en somme, tout le*
» *secret de ces bubons climatériques, dont on a voulu*
» *faire une espèce à part* ». (J. Brault).

Dans une note à la Société de Chirurgie du 29 mai 1907 M. Brault est plus explicite encore : « *Pour mon compte,*
» *d'après ce que j'ai vu et aussi de ce que j'ai lu, depuis*
» *que je m'occupe plus particulièrement de pathologie*
» *exotique, je ne saurais faire de différence entre les*
» *bubons « climatériques » des auteurs anglais et alle-*
» *mands, et les adénopathies subaiguës de l'aine, telles*
» *que celles qui ont été décrites par M. Nélaton dans la*
» *Semaine Médicale en 1889, et dans la thèse de son élève*
» *M. L. Hardy, en 1895.* »

Dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur la lymphogranulomatose inguinale, M. Ravaut note que : « *des médecins coloniaux qui ont vu*
» *nos malades n'ont pu s'empêcher de comparer cette*
» *affection aux bubons décrits dans les pays tropicaux*
» *sous le nom de Bubons climatériques.* »

Depuis longtemps notre maître M. Favre était convaincu de l'identité de la lymphogranulomatose inguinale et des bubons climatériques ; mais il ne suffisait pas d'apporter à cette thèse une simple affirmation, comme l'a fait Brault. Il fallait examiner la question de près, lire les travaux qui ont été consacrés aux bubons climatériques. Ce travail n'a pas été sans profit et c'est sur des documents nombreux, absolument probants que notre maître a pu fonder désormais une thèse qu'il a vraiment faite et que nous soutenons avec lui. Nous ne pouvons ici développer tous nos arguments ; nous les indiquerons

du moins ; nous ferons connaître les travaux les plus intéressants sur la question, et nous croyons que de cet exposé succinct il résultera l'absolue conviction que le bubon dit climatérique n'est point l'apanage des pays tropicaux et subtropicaux, qu'il existe dans nos régions tempérées avec les mêmes caractères que sous les tropiques, qu'il reconnaît les mêmes causes, qu'il a la même signification et que ce Bubon nostras n'est autre chose que notre lymphogranulomatose. Cette identité nous allons tout d'abord la trouver dans les traits de la symptomatologie et de l'évolution clinique.

Symptômes cliniques

Nous emprunterons la description des bubons climatériques aux auteurs mêmes qui ont observé directement les faits. Dans son traité Mauson dit :

« La maladie débute généralement par de la fièvre à
» type rémittent accompagnée d'un gonflement inflam-
» matoire, ordinairement d'un caractère subaigu, des gan-
» glions inguinaux. Les ganglions obliques sont les plus
» fréquemment affectés mais parfois la maladie a pour
» siège les ganglions cruraux. Quelquefois les deux
» aines sont atteintes, quelquefois une seule, et
» quelquefois enfin l'une après l'autre. Les ganglions
» engorgés atteignent plus ou moins rapidement le volume
» d'un œuf de poule, ou même davantage. Au bout de
» plusieurs semaines, et parfois de plusieurs mois, le
» gonflement disparaît graduellement. Quelquefois le tissu
» conjonctif périganglionnaire s'enflamme à son tour, les
» téguments deviennent adhérents et la suppuration s'en-

» *suit. Si les ganglions suppurés sont largement incisés*
» *ou excisés, le malade guérit promptement ; mais si l'on*
» *n'intervient pas, ou que le traitement ne soit pas assez*
» *énergique, il peut se former des trajets fistuleux retar-*
» *dant beaucoup la guérison. »*

Dans l'article qu'il consacre aux bubons climatériques, l'auteur italien Cassone les décrit de la façon suivante :

» *Après une période d'incubation qui peut être longue*
» *de dix jours à quatre à cinq semaines, survient la période*
» *d'état. Elle est caractérisée par une fièvre légère qui*
» *après quelques jours s'associe à une douleur de l'une*
» *ou de l'autre aine et parfois des deux ; puis apparaît*
» *la tuméfaction du pli inguinal, la peau est rouge et*
» *chaude, la flexion de la cuisse peut être douloureuse.*
» *La fièvre prend un type continu et rémittent avec un*
» *maximum vespéral de 39°, 39°5 ; elle résiste aux trai-*
» *tements antithermiques, dure peu de jours et tombe en*
» *lysis. La tuméfaction inguinale, légère dans les pre-*
» *mières jours, va en augmentant peu à peu jusqu'à*
» *atteindre le volume d'un citron ou davantage. Elle*
» *persiste après la chute de la fièvre. La peau qui la*
» *recouvre est rouge, chaude, luisante, un peu adhérente.*
» *La douleur spontanée du début diminue, devient de*
» *plus en plus légère à la palpation et finit même par*
» *disparaître, alors que la fièvre existe encore. La consis-*
» *tance de la glande infiltrée est dure, ligneuse, sa surface*
» *est irrégulière. On ne perçoit pas nettement de fluc-*
» *tuation. La tendance à la suppuration est faible ; elle*
» *dépend, ainsi que l'a vu Rost, des conditions régionales*
» *ou épidémiologiques.*

» *Les autres appareils organiques ne sont pas troublés*

» dans leur fonctionnement sauf l'appareil digestif, à
» l'examen duquel, dans la période fébrile, on note de
» l'anorexie, une soif vive, une langue saburrale. La durée
» de la maladie est variable, et pour cela on distingue :
» 1° Une forme aiguë à fièvre élevée à adénite notable,
» à douleurs spontanées marquées qui durent à l'état
» aigu de deux à trois semaines ; puis les glandes revien-
» nent lentement à l'état normal.
» 2° Une forme subaiguë à début lent, à fièvre peu élevée
» avec peu de douleur inguinale. La durée varie de
» quelques semaines à deux à trois mois.
» 3° Une forme chronique, rare, à début peu douloureux,
» à longue durée. Cette forme peut être apyrétique et
» peut présenter de la périadénite, une suppuration avec
» formation de trajets fistuleux. »

Dans la littérature allemande nous trouvons des descrip-
tions très typiques. Nous en empruntons les traits au
travail le plus récent et le plus important paru dans cette
langue, celui de Müller et Justi : « *L'affection, disent-ils,*
» *survient souvent après une fatigue physique, après*
» *l'équitation, une longue marche ; elle se traduit par*
» *une douleur subite de l'aîne. Cette douleur qui est liée à*
» *la périadénite diminue par le repos au lit et la glace.*
» *Il est important de noter que ce ne sont pas seulement*
» *les glandes superficielles qui sont prises, mais aussi les*
» *glandes profondes. Les douleurs spontanées et à la*
» *pression sont d'ordinaire légères et ne sont pas à*
» *comparer à la sensibilité du bubon chancrelleux, ou*
» *gonococcique. La consistance est élastique et ferme. Le*
» *bubon climatérique a une grande tendance à l'exten-*
» *sion ; souvent se constituent sous nos yeux de grosses*

» *tumeurs dans la profondeur, le long de l'artère iliaque.*

» *Nous n'avons jamais observé une fonte totale des glandes. Les autres observateurs n'ont également jamais vu ce fait.*

» *L'état général chez nos trente malades n'a jamais été gravement troublé. La température s'est élevée seulement une fois jusqu'à 40°.*

» *Lors de l'entrée dans l'état chronique la courbe de la température tend à revenir à la normale, pour remonter parfois lors de nouvelles poussées inflammatoires.* »

C'est la même note que nous trouvons chez tous les autres auteurs.

Rost signale la rareté de la prise des ganglions cruraux, la participation dans 55 % des ganglions de la fosse iliaque, le caractère traînant de l'affection : dans certains cas, dit cet auteur, le gonflement ganglionnaire existait encore après de longs mois.

La régression est donc extrêmement lente « Ausserordentlich protrahierte Rückbildung ».

L'état général est peu atteint, contrairement à ce qu'on voit dans les inflammations ganglionnaires de types habituels.

Zur Verth remarque également le ramollissement parcellaire des ganglions. « *La fluctuation, dit-il, commence en un point circonscrit, au sommet de la masse ganglionnaire. La portion de la glande qui entoure la région fluctuante reste dure et forme comme une circumvallation nette* » — On reconnaît là les caractères des puits suppurés à margelle dure que nous avons décrits dans la lymphogranulomatose. Le même auteur signale, parmi les

complications générales, des complications rhumatismales, qui se sont montrées assez fréquentes dans les cas qu'il a observés. Il signale la nécessité où l'on se trouve chez certains malades de pratiquer l'ablation chirurgicale de certains ganglions. Il cite des malades comme celui de l'observation XIV, chez lequel l'affection se prolongeait après plus d'un an ; de tels faits montrent l'extraordinaire longueur de la durée et des complications du bubon climatérique.

Quelques auteurs italiens insistent sur le retentissement de l'affection sur l'état général. Ils attirent l'attention sur l'anémie fréquente qui l'accompagne.

Ferraro Dante dans tous les cas observés par lui note
 » *Une visible anémie, une dépression des forces, de l'atonie*
 » *gastrique ; la douleur du bubon ne fut jamais vive.* »

Résumé des symptômes

Il est facile de résumer une telle symptomatologie. Le bubon climatérique est une affection des ganglions inguinaux et des ganglions de la fosse iliaque. Les cas d'autres localisations sont extrêmement rares : c'est ainsi qu'on trouve partout citée l'observation de Fleischner qui a vu un cas à localisation axillaire dont la nature est mise en doute par Müller et Justi. Les ganglions cruraux participent exceptionnellement à la maladie. Elle s'installe le plus souvent brusquement par une période troublée, caractérisée par la douleur locale et à la pression, par l'élévation irrégulière de la température et le retentissement sur l'état général. A une seconde période, la fièvre tombe, bien que cependant les ganglions continuent à augmenter ; ils

se présentent alors sous la forme d'une masse volumineuse d'adénite et de périadénite ne subissant jamais une fonte complète, restant dure avec faible tendance à la suppuration. La régression est d'une extraordinaire lenteur. Le malade guérit rapidement et sans séquelles, lorsque une intervention chirurgicale a enlevé les ganglions malades.

Tous les auteurs tracent du bubon climatérique un même tableau qui traduit l'uniformité d'aspect de l'affection.

Que l'on se reporte à la symptomatologie que nous avons tracée de la lymphogranulomatose inguinale, et l'on verra que les deux tableaux se superposent au point que nous pourrions prendre pour caractériser une affection la description que nous avons donnée de l'autre. Sur ce premier point de l'étude clinique la ressemblance est complète ; nous allons la voir se poursuivre à tous les autres points de vue.

ANATOMIE PAPHOLOGIQUE

Aspect macroscopique des lésions

Nous allons retrouver les mêmes ressemblances au chapitre de l'anatomie pathologique.

Citons ici le mémoire si documenté et capital de Müller et Justi : « *Lorsqu'on enlève le paquet ganglionnaire, on trouve réunis par une périadénite plus ou moins marquée des ganglions de diverses tailles, qui contiennent, et surtout les ganglions sous-jacents à la peau, de petits abcès du volume d'un pois « erbsengrosse Abszesse ».* Les gros ganglions montrent à la coupe d'un tissu un peu mou, légèrement gonflé et rouge, de nombreux

» foyers de nécrose de forme ronde ou plus irrégulière
» qui peuvent parfois confluer. A l'intérieur de ces petits
» foyers qui rappellent la caséification tuberculeuse ou
» gommeuse, on trouve de petits abcès ; jamais
» on ne trouve de grosses collections formées par
» le ramollissement d'une grosse partie ou de la totalité
» d'un ganglion..... Il est évident que l'on est en présence
» d'un virus impuissant à produire la destruction totale
» de la glande, et à mettre en jeu les facultés réaction-
» nelles du tissu, la régénération, l'encapsulement, la
» phagocytose, qui se rendraient maîtres de la suppu-
» ration. On a là l'explication de l'allure traînante de la
» maladie et de sa faible tendance à la cure spontanée. »

Nous n'avons rien à ajouter à cette description des lésions macroscopiques ; tous les traits qui caractérisent la lymphogranulomatose s'y retrouvent parfaitement indiqués. Tout commentaire affaiblirait d'ailleurs la portée de ce rapprochement.

Examen microscopique

L'étude microscopique des lésions n'a été faite que par peu d'auteur. Nous en empruntons les détails au travail allemand de Müller et Justi, ainsi qu'à l'étude consacrée par MM. Letulle et Nattan-Larrier, au bubon climatérique.

Description de Justi

La description histologique que l'on trouve dans le mémoire de Müller et Justi est fort longue ; elle est due à Justi, Privatdozent d'Anatomie Pathologique. Cette descrip-

tion embroussaillée, faite sans ordre, contient des constatations très précieuses au milieu d'une foule de détails de moindre importance.

Parlons tout d'abord des lésions banales avant d'arriver aux détails vraiment significatifs : L'auteur signale la congestion vasculaire, l'inflammation du tissu conjonctif interganglionnaire, la présence de foyers hémorragiques, l'envahissement du tissu ganglionnaire et de sa capsule par des fibroblastes, des leucocytes, des plasmazellen, la dilatation des vaisseaux en certains points ; en d'autres points, l'altération de leur paroi allant jusqu'à l'oblitération. Autour des foyers de nécrose on trouve un tissu typique de granulation. Les éléments cellulaires prennent une disposition concentrique autour de ces foyers de nécrose qui sont tantôt comme isolés au sein du tissu enflammé et nettement séparés, tantôt se relient à lui par une zone de transition.

L'auteur décrit autour des foyers de nécrose et des abcès des « *cellules en palissade* » ; les figures qu'il en donne sont très imparfaites, mais on n'a pas de peine à reconnaître dans ces cellules en palissade la bordure épithélioïde que nous avons décrite autour des abcès et des gommès de la lymphogranulomatose et que l'on retrouvera figurée sur les planches annexées à notre thèse.

Un autre fait intéressant à noter, est la présence au sein des foyers de suppuration de débris chromatiniens très abondants, et la présence de grosses cellules que l'auteur regarde comme des phagocytes, et dont le protoplasma contient une grande quantité de ces débris chromatiniens.

Woolley, cité par Müller et Justi, a également noté cette

disposition en palissade des cellules qui entourent les foyers de suppuration et de nécrose. Il l'a comparé à celle que l'on voit autour des gommès.

Dans son mémoire Justi compare les lésions trouvées dans le bubon climatérique avec celles qui caractérisent les adénites aiguës à pyogènes, les adénites pesteuses, dans lesquelles on rencontre dans les sinus lymphatiques ainsi que dans les vaisseaux des bacilles de la peste.

Il est très intéressant de signaler le parallèle qu'il établit entre un bubon de chancre mou et l'adénite climatérique. Il retrouve dans un cas de bubon du chancre mou les mêmes cellules en palissades, les mêmes foyers de nécrose : il y signale des cellules épithélioïdes. Mais lorsqu'on se rapporte au texte, on voit que le bubon dont il parle et qu'il dit être un bubon de chancre mou, est qualifié par lui de « *nicht virulenten Bubo* ». L'auteur n'aurait-il pas pris pour un bubon de chancre mou une adénite d'autre nature, un cas de lymphogranulomatose inguinale ? Il ne faudrait pas dès lors s'étonner de la ressemblance qu'il note entre cette adénite et le bubon climatérique.

Travail de Letulle et Nattan-Larrier

Le travail de ces auteurs repose sur l'examen d'un seul ganglion de la région inguinale extirpé sur un jeune Américain de Costa-Rica : « *La pièce recueillie avec tout*
» *le soin désirable, se compose d'un volumineux ganglion*
» *ovoïde, entouré par une coque conjonctive densifiée,*
» *reconnaissable à l'œil. Sur les coupes, le tissu ganglion-*
» *naire, très épaissi, est parsemé d'îlots ramollis, puri-*
» *formes, mais non franchement abcédés.* »

Les caractéristiques histopathologiques données par ces auteurs sont au nombre de trois :

- 1° La dislocation du tissu ganglionnaire ;
- 2° La plasmazellose, diffuse, insulaire ;
- 3° La nécrose insulaire du tissu réticulé, auxquelles il faut ajouter la présence de foyers intercalaires de suppuration, qui complète l'aspect des coupes du bubon climatérique.

Notre maître M. Favre, considère de telles lésions comme très communes à la coupe des ganglions atteints de lymphogranulomatose.

Nous avons signalé le polymorphisme des lésions ; la dislocation du tissu ganglionnaire est de constatation banale dans les adénites que nous étudions. Elle peut porter sur toute l'étendue du ganglion, elle peut n'être que parcellaire réservant de larges zones où le tissu réticulé et les formations lymphoïdes conservent un aspect sensiblement normal. Tout dépend du degré d'atteinte du ganglion examiné. La plasmazellose diffuse et insulaire s'observe avec une très grande fréquence. Dans les points où l'inflammation a remanié le tissu ganglionnaire et a substitué au parenchyme normal de larges nappes inflammatoires, les cellules plasmatiques de divers types, grosses et petites, forment la presque totalité des éléments cellulaires.

Dans les préparations personnelles de M. Favre, qui a examiné un grand nombre de cas de lymphogranulomatose on n'aurait pas de peine à trouver sur toutes les coupes, des points qui ressemblent exactement à ceux que MM. Letulle et Nattan-Larrier figurent dans leur texte. Les nécroses insulaires, les foyers de suppuration font égale-

ment partie de la définition histologique de nos adénites. Les foyers de nécrose, en particulier, sont abondants sur certains ganglions et ont paru à M. Favre en relation avec des artérites plus intenses dans ces cas. Un point retiendra plus particulièrement notre attention ; il a trait aux inclusions cellulaires que Letulle et Nattan-Larrier ont observées sur leurs coupes. Nous avons signalé leur fréquence dans la lymphogranulomatose et nous nous sommes demandés, comme les auteurs du mémoire, si l'on ne pouvait pas voir dans ces granulations le parasite causal de ces adénites. Il reste cependant que Letulle et Nattan-Larrier n'ont pas signalé dans leur mémoire les cellules géantes, les gommes si fréquemment observées dans la lymphogranulomatose. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'ils n'ont examiné qu'un ganglion et qu'il est fréquemment arrivé à M. Favre, de voir dans une même masse ganglionnaire des ganglions qui ne présentaient qu'une inflammation diffuse avec infiltration plasmatique et foyers nécrotiques, alors qu'un ganglion voisin montrait sous leurs formes typiques les gommes et les abcès à bordure épithélioïde.

Autres travaux

Nous avons signalé le travail de Woolley, qui attire l'attention sur l'abondance dans le bubon climatérique de grandes cellules endothéliales contenant des corps fortement colorables, qu'il considère comme des débris nucléaires et non comme des parasites.

Résumé des constatations microscopiques

Les quelques travaux que nous venons d'analyser mon-

trent que sur le terrain de l'histologie le parallèle se poursuit entre les adénites climatériques et la lymphogranulomatose et, que le remaniement inflammatoire du ganglion, la congestion vasculaire, les altérations des vaisseaux l'infiltration de cellules plasmatiques, les foyers de nécrose et de suppuration bordés de cellules en palissade, la présence de macrophages, et d'inclusions cellulaires sont des lésions communes à ces deux types d'adénite.

Distribution géographique

Nous n'avons pas à faire ici toute l'étude des bubons climatériques. Nous rappellerons qu'on les a observés en des points très divers des régions tropicales et subtropicales.

Ruge les signale sur la côte de Zanzibar, Le Dantec, Fontoynont, à Madagascar ; Castellani, dans l'Uganda ; Low, sur la côte occidentale d'Afrique et dans la Nigeria ; Ruffer, au Caire ; Hewlett, à Mysore ; Castellani, à Ceylane ; Simbson et Skinner à Calcutta et au Bengale ; Le Dantec, au Tonkin ; Cobb et Müller, à Hong-Kong ; Scheube, au Japon ; Luzzati, au Chili et au Pérou ; Barlow, au Honduras, Rife, dans la Micronesie et dans les îles Carolines, etc.

— Fontoynont, dans une communication à la Société de Chirurgie du 8 mai 1908, dit avoir vu 30 cas d'adénites climatériques à Tananarive. Il reconnaît que ces adénites présentent les mêmes caractères que celles qui avaient fait peu de temps auparavant, (Société de Chirurgie du 16 janvier 1907), l'objet d'une communication de M. Lop,

de Marseille. Lop avait observé ces adénites sur des malades provenant des Indes Néerlandaises. Il s'agissait de marins allemands ou anglais arrivant à Marseille sur des vapeurs chargés de coprah. La description que donne Lop de ces adénites qu'il croit spéciales à la pathologie exotique des Indes Néerlandaises, est bien celle des adénites climatériques.

A Shanghai la maladie a été observée par M. le docteur E. Blanc, qui, en ignorant la nature, a publié une très intéressante note dans la semaine médicale de 1896.

Nous n'avons pas la prétention de citer ici, même très incomplètement, tous les foyers de l'affection. Ce que nous en disons suffit pour nous en montrer l'extrême diffusion. Il est certain qu'il faut ranger parmi les bubons climatériques les adénites observées en Algérie par Pigeon et Tanton, ainsi que par Brault.

Age, Sexe

Le bubon climatérique est une maladie qui frappe l'adulte. Nous ferons expressément remarquer que les auteurs ne l'ont pas observé sur les femmes ou sur les enfants. La même remarque, nous l'avons vu, a été faite à propos de la lymphogranulomatose ; le seul cas de bubon climatérique observé chez la femme est dû à Scheube, cité par Müller.

Causes occasionnelles

On a fait jouer un rôle assez important à certaines conditions qui auraient favorisé l'apparition de l'adénite. La

marche, les efforts ont été incriminés. En Sicile, les médecins désignent ces adénites du nom des adénites de force (Cassone).

Les maladies antérieures sont sans influence sur l'apparition du bubon climatérique. « *Il est inutile de répéter* » *encore que ni la tuberculose, ni la syphilis, ni la malaria* » *ne sont en semblables cas des éléments prédisposants* » (Cassone). — « *La maladie se développe chez des sujets* » *de constitution squelettique parfaite et de nutrition* » *excellente* » (Gabbi).

Profession

On a signalé la fréquence du bubon climatérique chez les marins ; ce sont les médecins de la marine qui l'ont surtout décrit. Nombre d'auteurs, les italiens surtout, notent la fréquence de l'affection chez les chauffeurs et les mécaniciens. Müller fait la même remarque.

Il est difficile de savoir quelle est la proportion des indigènes atteints dans les pays tropicaux et subtropicaux. Les observations ont été faites surtout par des médecins étudiant les équipages stationnés dans ces régions. Leurs relations ne donnent aucun détail sur la proportion des indigènes atteints.

Fréquence

Le bubon climatérique est une affection fréquente : « *il est étonnant, dit zur Verth, de constater quel large* » *domaine occupe le bubon climatérique par rapport aux* » *autres maladies à bord des bâtiments stationnant sous*

» les tropiques. Leur proportion dépasse celle de toutes
 » les autres maladies vénériennes et leurs suites. »

Porte d'entrée

L'attention des observateurs a été portée sur la recherche de la porte d'entrée de la maladie. A ce point de vue très important il faut opposer les constatations négatives des premiers observateurs à des constatations récentes positives dont nous signalerons l'importance.

Les plaies banales des membres inférieurs

La plupart de ceux qui ont écrit sur l'adénite climatérique signalent l'absence de lésions du territoire cutané correspondant aux ganglions : « *Il est important de relever que l'adénite n'a que rarement une cause provocatrice apparente dans une lésion cutanée du membre correspondant rapprochée ou éloignée, comme aussi dans une lésion des organes génitaux externes ou internes, ou de la partie inférieure de l'intestin* » (Cassone).

Rost cherche pourquoi l'adénite climatérique siège toujours à la région inguinale. Il examine la raison qu'on en a donnée, que les érosions cutanées seraient plus fréquentes aux membres inférieurs que les plaies des membres supérieurs. D'une statistique faite à bord du « Freya » il résulte qu'il a constaté 361 plaies des membres supérieurs contre 244 des membres inférieurs. Le bubon climatérique devrait donc être plus fréquent dans l'aisselle que dans l'aîne, s'il reconnaissait pour cause une plaie banale du territoire cutané.

Influence des piqûres d'insectes, de l'eau de mer

Il n'y a pas lieu de retenir comme cause provocatrice de la maladie les piqûres d'insectes invoquées par Manson. (1)

Influence des rapports sexuels. — Porte d'entrée génitale

Nous n'avons énuméré que quelques-unes des hypothèses qui ont été faites à propos de l'étiologie d'une maladie entourée longtemps de tant d'obscurités. Nous n'arrivons vraiment à des notions claires et satisfaisantes qu'avec les mémoires importants de Rost 1912, du Müller, 1914, que nous allons rapidement étudier.

G. Rost constatant que les plaies banales des membres inférieurs ne peuvent rendre compte de l'affection, car l'inflammation devrait atteindre alors surtout les glandes crurales (en fait l'intégrité de ces glandes est remarquable) Rost, cherche à expliquer pourquoi ce sont surtout les ganglions inguinaux qui sont atteints, et il en vient à supposer « *que le virus hypothétique pénètre dans l'organisme au niveau du territoire des organes génitaux, alors même que l'on ne remarque aucune infection du gland, aucune irritation du pénis.* »

Rost appuie surtout son hypothèse sur les constatations suivantes : l'absence de l'affection chez les enfants, sa plus grande rareté chez les sujets mariés, constatée par

(1) Citons à titre de curiosité l'opinion de Plehn qui croit à l'influence de l'eau de mer. Müller, remarque qu'alors tout l'équipage et les passagers, du capitaine au cuisinier, devrait avoir le bubon climatérique.

Scheuld, l'existence de portes d'entrée du virus au niveau des lésions des organes génitaux notées par Steuld. Ce même auteur a vu chez des Européens, après cohabitation avec des négresses, une uréthrite non gonococcique, qu'il croit être la cause de certains cas de bubon climatérique.

Quant à Rost lui-même, il a vu que les rapports sexuels ont une très grande importance, et qu'à bord du vaisseau école « Le Freya » où il observait, la maladie a frappé ceux de l'équipage qui lors des débarquements avaient des rapports sexuels, alors que les cadets et les jeunes matelots qui allaient à terre sous la surveillance des gradés et faisaient partie du groupe des abstinents restaient indemnes. L'auteur conclut donc que le virus qui pénètre dans les organes génitaux a sa source dans la cavité vaginales des femmes, et surtout des femmes noires, et qu'il est transmissible par les rapports sexuels.

O. Müller et K. Justi

Il n'y avait là, dans les travaux de Rost, que des probabilités. Nous allons voir des constatations positives dans le travail de Müller et Justi, paru en 1914, et que nous considérons comme le plus important et le mieux étudié de ceux qui ont été consacrés à l'adénite climatérique.

Dans les cas observés par ces auteurs, Müller relève l'existence d'un coït infectant : « Coitus impurus », ayant précédé de 10 à 30 jours l'apparition de l'adénite. Trois des malades ont contracté leur maladie à Batavia « und zwar im selben Bordell ! », deux autres à Singapore, un autre à Shanghai, un autre à Macao.

Les femmes étaient de races : Malaise, Chinoise, Japonaise ou Caucasienne.

La constatation capitale faite par Müller ne se borne pas à la relation, qu'il établit entre un coït infectant et la maladie ; mais elle tient surtout dans l'observation, chez trois de ses malades, d'un accident primitif préputial de petite taille : « Stecknadelgrosses knöetchen des Præputiums », qui siégeait deux fois à la face interne du prépuce, une fois près du frein. Chez un autre malade il constate une uréthrite bactérienne non gonococcique.

Décrivons l'aspect de ces chancres herpétiformes d'incubation en citant l'auteur lui-même : « *Les petits nodules* » *consistaient en un infiltrat avec perte de substance* » *très superficielle et légère rougeur inflammatoire ; il* » *n'y avait pas de tumeur.*

» *Pendant que chez deux malades une guérison rapide* » *se produisait, chez un autre l'infiltrat durait trois* » *semaines.* »

L'auteur conclut de cette rapide guérison de l'accident primitif qu'il faut un hasard heureux « Glücklichen Zufall » pour surprendre l'entrée du virus. Müller pense que l'attention une fois attirée sur la recherche de cet accident primitif le fera trouver souvent et peut-être d'une façon constante.

Recherches bactériologiques

Un des caractères des bubons climatériques est que dans la plupart des cas les examens bactériologiques que l'on a faits soit du suc des ganglions, soit du pus sont restés négatifs.

Dans les cas qu'il a observés, Müller note régulièrement qu'il n'a rien trouvé à l'examen direct ; que les diverses

colorations sont restées négatives ; que l'éclairage sur fond noir n'a rien révélé, et que les cultures faites sur bouillon, sur Agar, gélose sanglante, bouillon de bile de bœuf sont restées stériles.

Rost n'a pu déceler de micro-organismes dans le pus ou le suc ganglionnaire de nombreuses ponctions.

La méthode de Burri, les colorations par le bleu de Méthylène et par le Giemsa ont été employées par lui.

Dans le dernier travail que nous connaissons, paru en Amérique, Treibly n'a trouvé aucun micro-organisme démontrable sur plus de 25 cas observés par lui.

Woolley, dans deux cas, n'a trouvé soit par l'examen direct, soit par des cultures, aucune bactérie.

Il en est de même de Castellani et de Fontoyne :
 « Dans le liquide que j'ai pu retirer de ces bubons par
 » ponction, ou dans le pus lorsqu'il était collecté, le bacille
 » de Yersin n'a pu être décelé ni par moi-même, ni par
 » mon regretté ami et collègue Neiret, ancien directeur de
 » l'Institut Pasteur de Tananarive. Bien mieux, l'examen
 » bactériologique resta toujours négatif, les cultures
 » restèrent toujours stériles et les inoculations que Neiret
 » fit aux animaux ne donnèrent aucun résultat. »

Zur Verth a recherché avec soin, dans six cas, par l'examen direct la présence de microorganismes ; ces recherches sont restées sans résultat.

Il est cependant quelques auteurs qui ont trouvé dans quelques cas des germes microbiens.

Cantlie en 1896, dans une glande extirpée a trouvé un diplocoque qu'il n'a pas caractérisé davantage ; Hewlette, deux variétés de staphylocoque et un petit bâtonnet gardant le Gram.

Justi, sur les coupes de ganglions envoyés par Müller, a trouvé des bactéries courtes, épaisses, en forme de massue ; Caddy a trouvé quatre espèces de staphylocoques ; Fleischner, une fois un coccus et une autre fois un streptocoque.

Résumé des constatations bactériologiques

Il est à noter que jamais on n'a signalé dans ces bubons la présence du bacille de Ducrey.

Ferraro Dante qui a recherché spécialement ce micro-organisme, ne l'a jamais rencontré.

Il résulte de l'examen des travaux que, dans la plupart des cas, par les méthodes bactériologiques ordinaires on n'a pas pu mettre en évidence un microorganisme pathogène constant ; le plus souvent surtout pour les derniers travaux faits avec soin, les cultures et l'examen direct n'ont donné aucun résultat. Il y a là un rapprochement à établir avec ce que nous avons dit de la lymphogranulomatose.

En ce qui concerne la présence d'agents pyogènes banaux, streptocoques, staphylocoques, elle est loin d'être constante. Elle est même exceptionnelle et s'explique ainsi que le pense Müller, par une infection secondaire, ou par des fautes de technique.

Recherches sérologiques

La réaction de Wassermann a été pratiquée sur un certain nombre de malades atteints de bubons climatériques ; dans tous les cas de Rost comme dans ceux de Müller la réaction a été négative.

Opinions diverses sur le bubon climatérique. Pathogénie

Il est aisé de comprendre la diversité des interprétations qui ont été données de cette affection.

Nous ne ferons dans ce travail que les énumérer : quelques-unes méritent à peine qu'on s'y arrête. Il en est ainsi de l'opinion de Skinner, qui établit un rapport entre une inflammation des glandes mésentériques et le bubon climatérique, et rapporte le tout à la dysenterie. Aucun auteur, sauf lui, n'a jamais observé semblable coïncidence. Il en est de même de l'opinion de Battu, qui rattache le bubon climatérique à la tuberculose, et qui signale que lorsque le malade est rapatrié, l'action bienfaisante du climat et celle de l'intervention chirurgicale, mettent le patient à l'abri d'une récurrence locale ou viscérale ; il en est d'autant plus à l'abri que l'affection n'a jamais été tuberculeuse.

Le bubon climatérique est une affection malarienne ?

Cette opinion a été soutenue par Skinner, Nagel, Martin, Segard, Ruber, Lesueur-Florent, etc. Elle n'est plus admise aujourd'hui. Le bubon climatérique a été observé un grand nombre de fois chez des sujets indemnes de toute infection malarienne, ainsi que l'établissaient les antécédents du malade, l'allure clinique de la maladie et l'examen du sang.

Le bubon climatérique est une maladie pesteuse ?

Cette interprétation a été soutenue par un assez grand nombre d'auteurs parmi lesquels Cantlie, Luzzati, pour

ne citer que ces deux auteurs. Le bubon climatérique représente pour eux une forme de peste atténuée, ou une affection parapesteuse ; ce dernier terme, il est à peine besoin de le faire remarquer, est extrêmement imprécis. Après avoir été en faveur cette interprétation n'a plus aucun partisan. Les formes buboniques de la peste doivent être distinguées soigneusement du bubon climatérique qui en est indépendant. La clinique, l'épidémiologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique fournissent un ensemble cohérent d'arguments pour séparer complètement le bubon climatérique et la peste.

Le bubon climatérique a été observé très souvent à bord des bâtiments qui n'avaient pas séjourné dans des pays pesteux ; aucun cas de peste authentique, bactériologiquement prouvée, n'a évolué à bord de ces bâtiments. L'allure clinique de ces adénites, les résultats négatifs des examens microscopiques directs et des cultures, ne laissent aucun doute sur l'absence de toute relation entre le bubon climatérique et la peste.

Cantlie, cité par Rost, a lui-même plus tard abandonné l'hypothèse pesteuse.

Müller fait remarquer que la peste produit au niveau des ganglions un mélange d'inflammation, de suppuration et d'infiltration hémorragique, qui évolue rapidement, et qu'on ne retrouve pas dans le bubon climatérique.

Le bubon climatérique est une affection due à des pyogènes banaux et évoluant sur un organisme modifié par le climat.

C'est l'hypothèse que soutient Zur Verth, c'est celle que

nous trouvons dans Manson ; nous répétons aussi que c'est l'hypothèse de M. Brault. Elle a contre elle bien des arguments ; elle n'explique pas la localisation du bubon à la région inguinale, l'intégrité des glandes crurales, l'absence d'adénites aux membres supérieurs, malgré la plus grande fréquence des plaies à ce niveau (Rost). Elle ne cadre pas avec l'allure clinique torpide des adénites bien différentes, des accidents inflammatoires aigus provoqués par les pyogènes. Elle n'explique pas les lésions histologiques, elle n'est pas confirmée par la bactériologie qui n'a mis en évidence, que dans des cas exceptionnels et sujets à discussion, les germes pyogènes banaux.

On est obligé, lorsqu'on veut à tout prix invoquer l'action de ces germes pyogènes, de faire une hypothèse telle que celle de Brault, et de parler des suppurations chaudes, marchant froidement !

Le bubon climatérique est une maladie génitale. — C'est un bubon vénérien spécial à germe inconnu

Nous avons vu que toutes les interprétations jusqu'ici faites du bubon climatérique ne résistent pas à la critique. Il n'en est pas de même de l'interprétation du bubon climatérique qui, tout récemment, en fait une maladie génitale, une affection vénérienne. Ici des travaux de premier ordre viennent étayer cette affirmation.

Nous avons analysé les deux importants travaux de Rost et de Müller où sont réunis les arguments, pour nous tout à fait convaincants, qui établissent le fait. Ils nous donnent en même temps, et par contre-coup, une explication de la localisation inguinale du bubon, jusque-là restée

mystérieuse, et nous font comprendre la singulière immunité des enfants à l'égard du bubon climatique.

Cette infection génitale n'est pas une simple hypothèse ; on a pu surprendre la lésion primitive d'innoculation sous la forme de minimes lésions d'un type si curieux et si constant, dont nous devons la description à Müller. Le virus peut d'ailleurs pénétrer par la voie des muqueuses, ainsi que le démontrent les uréthrites rencontrées par Steudel et par Müller.

Nous ne pouvons mieux conclure qu'en adoptant les phrases mêmes du beau mémoire de Müller et Justi :

« Nous avons trouvé comme porte d'entrée de l'infection
» une lésion infiltrée du prépuce, et nous pensons qu'on
» doit la rencontrer constamment, lorsque les malades
» sont examinés assez tôt par le médecin.

» Les agents pyogènes banaux ne jouent ici aucun
» rôle. L'affection est due à une bactérie particulière
» ayant une action propre sur le tissu glandulaire, et que
» l'on n'est pas encore parvenu à isoler par des cultures
» soit anaérobies soit aérobies. La meilleure voie pour
» l'étudier nous paraît être la ponction de la glande à
» travers la peau saine. »

L'auteur se demande en terminant, pourquoi l'affection n'est pas observée plus souvent chez les femmes et surtout sur les prostituées, les femmes des maisons publiques, qui sont les porteuses de germes de l'affection. Rappelons que la même remarque a été faite à propos de rareté de la lymphogranulomatose inguinale chez la femme.

**Parallèle entre la lymphogranulomatose inguinale et les
bubons climatériques. — Conclusions**

Nous ne développerons pas le parallèle entre ces deux affections des ganglions inguinaux, car nous en avons donné tous les éléments au cours de notre travail.

Après avoir lu les documents que nous rapportons, il n'existe plus de doute dans l'esprit du lecteur. Pour lui comme pour nous la conviction est désormais faite de l'identité des deux maladies : Même aspect clinique, semblable évolution, lésions anatomopathologiques macroscopiques et microscopiques, conditions étiologiques rigoureusement semblables, tout est superposable d'une affection à l'autre. Nous avons donc le droit de dire que la lymphogranulomatose inguinale, dont l'origine génitale et la nature vénérienne ont été établies dès 1913 par les observations de Nicolas et Favre, est la même affection que l'adénite décrite dans les pays chauds sous le nom d'adénite climatérique, dont la nature est restée longtemps inconnue et dont l'origine génitale et la signification vénérienne ont été établies un an plus tard, en 1914 par les travaux de Müller.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE ET DU BUBON CLIMATERIQUE

Le chapitre du traitement comporte l'examen de quelques procédés thérapeutiques qui ont été particulièrement en ces derniers temps, préconisés contre la lymphogranulomatosose cette maladie interminable, lorsqu'elle est abandonnée à son évolution spontanée. Il faut tout d'abord avouer, que nous n'avons pas de médication spécifique contre cette affection. Nous n'exceptons pas de cette affirmation la médication proposée par M. Ravaut.

Nous avons déjà dit que notre maître, M. Favre, n'a jamais observé d'amibes au cours des recherches qu'il a pratiquées. La médication par l'émétine préconisée par M. Ravaut, et fondée sur la pathogénie amibienne de la maladie, est restée inopérante entre nos mains. Nous avons vu il est vrai, des améliorations sous l'influence du traitement émetinien ; mais elles ont été inconstantes, et n'ont jamais été plus marquées que celles qu'on peut observer spontanément à la suite de l'hospitalisation et de la mise au repos des malades. C'est cependant dans la voie

tracée par M. Ravaut, celle des actions spécifiques, qu'il importe de s'engager, et c'est là que l'on trouvera la médication de l'avenir. Pour l'instant, nous ne possédons que des palliatifs. La méthode expectative par le repos, les applications émollientes, l'évacuation successive des collections purulentes doit être abandonnée.

M. Bory a obtenu de bons résultats par des injections modificatrices ; il a traité ses malades par « *l'huile xylo-*
» *iodoformée ou iodée (Iode ou iodoforme 1 gr., xylol 10*
» *centig. Faire dissoudre et mélanger avec huile de*
» *vaseline 90 c.c.). »*

Il complète cette thérapeutique « *par l'excision ou plus*
» *simplement la cautérisation ignée du chancre lympho-*
» *granulomateux. »*

Nous n'avons pas d'expérience de cette thérapeutique, qui a donné de bons résultats entre les mains de son auteur et qui dès lors est à recommander.

Les deux médications qui nous paraissent actuellement devoir être mises en parallèle sont, la radiothérapie et l'excision chirurgicale.

Traitement radiothérapique

La radiothérapie a été préconisée à Lyon par M. Moutot ; elle a fait l'objet d'une note ultérieure de MM. Nicolas et Favre. D'après l'expérience personnelle de MM. Nicolas et Favre, la radiothérapie trouve surtout son indication à la période de début de la maladie, lorsque la tuméfaction ganglionnaire n'a pas encore abouti au ramollissement, et surtout à la fistulisation ; dans ces cas le traitement par les rayons X, combiné avec le repos permet,

ainsi que l'a constaté M. Moutot, puis MM. Nicolas et Favre, d'obtenir la guérison de la maladie.

A la période fistuleuse les résultats deviennent problématiques et nous apportons des observations où le traitement chirurgical a dû être institué après échec de la radiothérapie.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical reste trop souvent la seule ressource contre l'affection, lorsqu'elle a atteint un haut degré de développement. En présence de masses adénopathiques, dures, volumineuses, fistulisées, l'excision malgré la large brèche que l'on est obligé de faire pour la cure radicale, constitue un mode de thérapeutique plus rapide que les autres procédés. Nous rappelons l'observation fréquemment faite par nos maîtres que la seule ablation des ganglions inguinaux suffit pour amener ultérieurement la rétrocession des volumineuses adénopathies iliaques concomitantes. Il est surprenant de voir avec quelle rapidité l'état général des malades, parfois assez profondément touché, se rétablit après la cure chirurgicale.

Traitement des adénites climatériques

Les lectures que nous avons faites nous ont montré que la cure des adénites climatériques présente les mêmes difficultés que celle de la lymphogranulomatose, et que les mêmes procédés leur ont été appliqués. Là aussi on a employé les méthodes expectatives, le repos au lit, les applications de glace ou les compresses chaudes. Les

résultats ont été si mauvais que l'on a dû chercher une thérapeutique plus active, et que les médecins de la marine ont tenté par d'autres moyens, d'abrégier la longue durée d'indisponibilité de leurs malades.

Si Rost admet que le traitement symptomatique et les ponctions répétées, peuvent suffire à guérir ses malades, la plupart des auteurs confessent l'insuffisance de ce traitement. Rost d'ailleurs avoue qu'il a reconnu bon nombre de ses marins capables de reprendre leur service, alors que la tuméfaction ganglionnaire existait encore : « *wen-
» ngleich zuweilen noch eine ziemliche schwellung
» bestand* ». Des résultats aussi incomplets ont souvent dû exposer les malades à des récurrences, ils nous démontrent d'ailleurs que la thérapeutique préconisée par Rost est loin d'être parfaite. Cet auteur mérite d'être cité, car il est un de ceux qui parlent de l'emploi des rayons X dans le traitement des bubons climatériques. Rost parle d'ailleurs de ce traitement comme devant donner de bons résultats dans les bubons climatériques, par analogie avec ce que l'on sait de l'action de ces rayons dans la tuberculose et les autres adénopathies inflammatoires ; il ne cite pas d'observation personnelle.

Un grand nombre d'auteurs reconnaissent l'échec de toutes les médications symptomatiques : « *Le traitement
» médicamenteux du bubon climatérique est complètement
» inopérant* » (Fleischner).

« *Le seul traitement réel est l'énucléation des glandes* » (Treibly).

Müller, qu'il faut toujours citer sur cette question, n'est pas partisan du traitement expectatif qui, entre les mains de Triado a laissé durer la maladie de deux ans à

six mois. Chez cinq malades de cet auteur, la maladie a duré plus d'un an. Müller a eu à lutter avec les difficultés qu'offre la cure des bubons climatériques. Deux de ses malades ont dû être rapatriés en Allemagne après soixante-dix-sept à quatre-vingt-onze jours d'exemption de service : Brillant résultats, dit l'auteur !... « *gewiss* » *kein glänzender Erfolg !* »

Müller compare les résultats du traitement chirurgical et des autres méthodes thérapeutiques, et reconnaît la supériorité de la chirurgie. Comme Gray, Triado, Fleischner, Caddy, il est partisan de l'intervention : « *Le* » *traitement typique du bubon climatérique est l'ablation* » *réglée de toute la masse adénopathique malade.* »

C'est bien souvent encore la seule thérapeutique qui mette fin à notre bubon climatérique, la lymphogranulomatose inguinale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguino-iliaque droite typique. Début par une uréthrite non gonococcique suivie d'un accident primitif herpétiforme. — Adénopathie de très gros volume. — Echec du traitement radiothérapique. — Ablation chirurgicale. — Lésions macroscopiques et microscopiques typiques de lymphogranulomatose. — Aucun signe clinique ou Sérologique de syphilis.

P... Z..., 40 ans, vient consulter le Docteur Favre pour une volumineuse adénopathie inflammatoire de la région inguinale droite, qui s'est développée progressivement sans avoir été à aucun moment très douloureuse.

L'affection a débuté il y a un mois et demi, au début de juin 1921, par un écoulement blanchâtre peu abondant qui a attiré l'attention du malade, bien que les douleurs aient été à peu près nulles. Le malade a remarqué cet écoulement une semaine après un coït. Le médecin consulté pratique des lavages à la sonde qui ont pour résultat la production d'une cystite qui ne tarde d'ailleurs pas à rétrocéder. Au cours de ce traitement le médecin remarque à la face interne du prépuce du malade une minime érosion, apparue après le début de l'uréthrite, vingt jours environ après le coït infectant. Il porte le diagnostic de blennorrhagie et syphilis et adresse le malade au Docteur Favre, qui l'examine le 21 juillet, un mois et demi après le début de l'uréthrite.

On note à ce moment dans l'aîne droite une énorme masse

adénopathique, qui déforme la région inguinale, proémine fortement en avant. La masse est dure, la peau qui la recouvre est épaissie, rose violacée. On perçoit dans la fosse iliaque des ganglions fusionnés du volume d'une petite mandarine. La masse inguinale n'est nulle part ramollie ; en aucun point on ne perçoit de fluctuation nette.

L'aine gauche est absolument libre. L'examen uréthral révèle un léger écoulement blanchâtre ; l'uréthrite évolue sans aucun phénomène fonctionnel. L'exsudat ne montre aucun gonocoque.

A la face interne du prépuce on trouve une minime érosion lenticulaire, cerclée d'une auréole rouge. L'ulcération est très superficielle, entame à peine les téguments, ne suppure pas et ne donne lieu à aucun prurit. Elle ne présente aucun décollement de ses bords. Il n'existe pas de signes de syphilis secondaire. L'examen de la peau, des muqueuses, du système ganglionnaire est négatif, tout aussi bien que l'examen de la région anale, du périnée, des bourses, des membres inférieurs.

En présence de cette adénopathie dure, à évolution subaiguë le diagnostic de lymphogranulomatose est porté. L'examen du produit de raclage du chancre herpétiforme n'a montré que quelques bacilles gardant le Gram. Pas de bacilles de Ducrey.

On conseille le traitement radiothérapique.

M. Favre a fait suivre les notes qu'il a prises sur ce malade des réflexions suivantes :

Il est à noter que les accidents ont débuté chez ce malade par un suintement blanchâtre, léger, absolument indolore, pour lequel on a fait des cathétérismes qui ont provoqué une cystite.

Quelques jours après le début de l'écoulement le médecin du malade a constaté une érosion de la verge. Rapprochant cette constatation de l'apparition des ganglions inguinaux il a conclu à la syphilis.

Au premier examen que j'ai fait de ce malade j'ai constaté :

a) Un écoulement blanchâtre au niveau du méat, caractérisé par un suintement minime, sans aucune douleur ;

b) Une érosion très superficielle de l'étendue d'une tête d'épingle d'acier, supportée par une base légèrement papuleuse. Cette lésion est indolente, ne suppure pas, et donne lieu à une exsudation séreuse.

La masse adénopathique est unilatérale très dure, se prolongeant vers la fosse iliaque.

Signe de l'ébranlement très positif.

Phénomènes généraux peu marqués, cependant anorexie. Il faut tenir compte pour l'expliquer de l'état mental du malade

très affecté par les diagnostics, qui ont été portés au sujet de son affection.

11 novembre 1921. — Le malade est venu aujourd'hui. La radiothérapie n'a pas eu d'effet sensible. Le malade se plaint que la tuméfaction ait encore augmenté. On se décide en présence de cet échec pour l'ablation chirurgicale.

On examine à nouveau le malade : L'érosion de la verge a disparu ainsi que le suintement urétral. La masse adénopathique a augmenté, elle est très grosse (un très gros poing d'adulte, une grosse pomme), lobulée, indolente à l'ébranlement ; A sa surface peau violacée adhérente, peau d'orange. On ne sent aucun point nettement fluctuant.

Ablation : Grosse masse ; prédominance de la périadénite. Dans les ganglions quelques abcès laiteux collectés et semis de collections en voie de formation. Mêmes lésions dans le tissu de périadénite mais en plus, en quelques points nodules opalins, fermes, isolés dans le tissu. L'un d'entre eux avait le volume d'une tête d'épingle en verre.

Aucun accident secondaire ; Réaction de Wassermann négative.

10 février 1922. — Le malade donne de ses nouvelles à M. Favre. Après l'ablation ganglionnaire la guérison de la vaste plaie opératoire a été assez lente, et le malade a eu un peu d'œdème du membre inférieur. Il n'a jamais eu aucun accident cutanéomuqueux ; il dit se porter très bien depuis son opération et avoir pris de l'embonpoint.

Il s'est agit en somme d'une lymphogranulomatose inguinale cliniquement typique.

Les examens du pus, les cultures, n'ont jamais montré de bacilles de Ducrey. Les lésions histologiques ont été très typiques. L'ensemencement de pus ganglionnaire prélevé avec une rigoureuse asepsie au sein de la masse, dans les petits abcès laiteux, a donné naissance sur quelques tubes, à quelques colonies microbiennes ayant l'aspect de streptothricées.

On peut éliminer avec certitude la syphilis. Le malade n'a jamais eu d'accidents secondaires ; a été suivi cependant pendant longtemps, car il est resté à l'hôpital de longues semaines, nécessaires à la cicatrisation de la plaie opératoire.

A tous ces points de vue cette lymphogranulomatose est donc d'un très grand intérêt.

OBSERVATION II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguinale. — Ulcérations vulvaires ne présentant ni les caractères du chancre mou, ni ceux du chancre syphilitique. — Recherche du bacille de Ducrey et autoinoculations négatives. — Wassermann négatif. — Cultures du pus donnant un bacille diphtérimorphe gardant le Gram. — Persistance de l'adénite depuis plusieurs mois (6 mois).

D... W..., 19 ans, ménagère est envoyée le 26 novembre dans le service du Docteur Favre, pour une adénite inguinale, par le service du Docteur Durand. Ses parents sont morts d'affection inconnue (la malade ayant deux ans).

Dans l'enfance la malade a eu la rougeole et la scarlatine. Réglée à treize ans régulièrement. Mariée, mari bien portant. Un enfant né à terme, mort à quinze jours de maladie bleue. Avant sa grossesse, quatre ou cinq mois environ, la malade à la suite de pertes blanches très abondantes eut une salpingite gauche, pour laquelle elle est restée huit jours au lit. Au cours de l'accouchement, qui remonte au mois de juillet, la malade eut une déchirure du périnée ; la sage-femme fit deux points de suture le lendemain de l'accouchement. La plaie ne s'est jamais bien cicatrisée. (Il est à noter que les pertes blanches ont toujours persisté depuis la salpingite qui remonte à un an et demi). Deux mois après l'accouchement, au mois de septembre, la malade vit survenir au niveau du pli inguinal gauche un ganglion, qui augmenta progressivement de volume.

Huit jours après, adénopathie à droite.

Ces ganglions n'ont jamais été douloureux. Depuis trois semaines environ la malade a remarqué que la peau, au niveau des ganglions, devenait un peu rouge, et qu'elle perdait de sa mobilité. Depuis ce moment la malade éprouve quelques douleurs et des élancements de temps à autre.

A l'examen, aux plis inguinaux : on note dans chaque pli une tuméfaction inflammatoire de la grosseur d'un œuf de pigeon : tuméfaction arrondie, un peu allongée dans le sens du pli inguinal. On trouve en un point une fluctuation nette, mais pas étendue à toute la tumeur. Autour de cette masse ganglionnaire,

qui est peu mobile sur les plans profonds, on trouve quelques petits ganglions situés dans un tissu légèrement épaissi : donc, une grosse masse ganglionnaire avec légère périadenite. La peau, au niveau du ganglion principal est un peu rouge, épaissie et peu mobile. Cette tendance ulcérate est plus marquée à gauche qu'à droite.

Il ne semble pas qu'il y ait des masses ganglionnaires dans la fosse iliaque.

A la vulve : La fourchette est le siège d'une ulcération irrégulière, à bords festonnés et un peu surélevés ; ces bords ne sont pas décollés. Le fond de l'ulcération n'est pas lisse, mais légèrement mamelonné et très peu suppurant ; il saigne facilement quand on le touche. La base est légèrement infiltrée.

De cette ulcération de la fourchette part une ulcération en sillon, présentant les mêmes caractères, se dirigeant vers la base de la petite lèvre gauche et remontant un peu sur la face interne de cette dernière. Ces ulcérations sont absolument indolentes à l'exploration.

On ne trouve pas d'autres ulcérations, ni dans la région vulvaire, ni dans la région périnéale.

Examen viscéral : entièrement négatif.

Les poumons respirent bien.

Cœur : Pointe : bat dans le 5^e espace intercostal, un peu en dedans de la région mamelonnaire. Bruits réguliers, pas de souffle.

Abdomen : Rien à signaler.

Pupilles : Symétriques, réagissent bien aux deux modes.

Réflexes rotuliens et achilléens : Ceux du membre droit sont peut-être un peu plus vifs.

Urines : Pas d'albumine.

Tension : 12,5/7.

On remarque à la partie moyenne de la région sternale une zone cutanée dépigmentée, arrondie, de la surface d'une pièce de cinq francs.

La malade dit avoir toujours eu cette zone dépigmentée.

Le 26 novembre, on fait une inoculation sur la paroi abdominale du pus retiré par frottis de l'ulcération vulvaire ; l'inoculation reste négative. L'examen de la sécrétion ne montre pas de bacilles de Ducrey.

Culture du pus : Bacilles gardant le Gram, irréguliers, massués.

Réaction de Wassermann : négative.

Réaction de Hecht : négative.

10 janvier 1922. (M. Favre).

L'ulcération de la commissure postérieure du vagin persiste ; elle est représentée par une érosion superficielle, couleur chair musculaire, absolument indolente, qui n'est le siège d'aucune induration. Le fond de cette ulcération et ses bords sont légèrement granuleux. Aucun décollement n'y est visible, spécialement sur un prolongement qui, partant de l'ulcération de la commissure, se dirige sur la paroi latérale gauche du vagin. Ce petit prolongement de l'ulcération est remarquable par la superficialité des lésions ulcéreuses. Rien dans l'aspect de ces lésions ne rappelle de chancre mou.

Il ne s'est fait aucune inoculation dans la région anale, malgré la proximité de l'érosion vulvaire du bord inférieur du vagin. Les ganglions augmentés de volume, sont remarquablement indolents. Dans le pli inguino-crural droit existe l'ouverture d'une fistule, du volume d'une petite tête d'épingle de verre ; elle est punctiforme sans décollement périphérique. Elle est creusée dans une peau nettement infiltrée, et donne naissance à un écoulement fort peu abondant.

L'ensemble des lésions est d'une remarquable indolence.

Etat général bon. — Aucun signe de spécificité.

8 février 1922 (M. Favre).

L'état de la malade s'est amélioré par le repos complet. L'adénopathie qui siégeait à la partie interne du pli inguinal des deux côtés, qui était fistuleuse, et qui était constituée par deux masses dures, du volume d'une petite noix a rétrogradé dans de notables proportions. Les deux fistules sont fermées ; il existe encore à droite, des ganglions iliaques, mais moins volumineux (petite noix).

L'ulcération vulvaire est en voie de cicatrisation, son fond est rouge légèrement papillaire, exsude facilement au moindre frottement, de la sérosité mêlée de sang. Le prolongement de l'ulcération vers la paroi gauche du vagin est presque totalement épidermisé. Cette ulcération n'est plus réunie à l'ulcération principale.

Examen de l'anus, négatif. Jamais il n'y a eu de chancrelisation, malgré la proximité des lésions vulvaires et de l'anus.

La malade n'a jamais eu d'accidents cutanéomuqueux pouvant faire penser à la syphilis.

La malade rentre chez elle. — Elle n'est pas guérie et reviendra à la visite.

24 février 1922. — La malade revient aujourd'hui à la visite.

Des deux côtés, au niveau des plis inguinaux on constate encore des ganglions durs indolores. A droite un ganglion inguinal a le volume d'une noix. La peau de la région inguinale droite est encore le siège d'une véritable cellulite qui a pour centre la fistule actuellement fermée. Dans la fosse iliaque, ganglion du volume d'un œuf de pigeon.

L'ulcération vulvaire est cicatrisée sur presque toute sa surface : il ne persiste plus qu'une érosion du diamètre d'un pois, à fond rouge légèrement grenu, saignant facilement. L'indolence de la lésion a toujours été absolue.

La malade est examinée avec soin au point de vue de la recherche d'accidents syphilitiques. — Cette recherche est complètement négative.

Excellent état général. La malade a engraisé et dit se porter parfaitement bien.

26 février 1922. — La réaction de Wassermann pratiquée de nouveau est négative.

OBSERVATION III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Moutot

Adénopathie inguinale suppurée subaiguë à foyers multiples intraganglionnaires évoluant chez le mari d'abord, puis chez sa femme, en l'absence de tout chancre simple et de la syphilis, et réalisant le syndrome clinique de la lymphogranulomatose de Nicolas-Favre-Durand. Cas de contagion vénérienne conjugale.

Bl..., 41 ans, agriculteur, mobilisé en usine est vu, pour la première fois, en mars 1917 avec une adénopathie inguinale bilatérale suppurée avec fistules datant déjà de plus de deux mois. Le malade a déjà été traité par un médecin-major qui a incisé des points ramollis et conseillé une consultation au centre de vénéréologie, mais le malade s'y est soustrait craignant d'être hospitalisé.

Histoire de la maladie.

C'est insidieusement vers la fin de la première quinzaine de janvier qu'est apparue une adénopathie d'abord gauche, puis droite, ayant peut-être pour origine un coït extra-conjugal : ils ne sont pas rares, la veille du premier janvier.

Il n'y aurait jamais eu aucune ulcération génitale, et ceci au grand étonnement du médecin. Indolores d'abord les adénopathies sont devenues peu à peu sensibles à la pression et à la marche, à mesure qu'elles grossissaient et se ramollissaient par points. A trois reprises l'on a déjà incisé des petites collections, incisions qui les unes se sont cicatrisées et dont deux autres ont donné lieu à des fistules.

20 mars 1917. — Il n'existe à l'heure actuelle aucune lésion ulcéreuse génitale ou de la région périnéo-anale en évolution, ni aucune cicatrice, ni même de lésions un peu marquées de balanite ; toutefois un smegma prépréputialis abondant témoigne d'une absence de soins hygiéniques réguliers.

Au niveau des aines existe, de chaque côté, une masse inflammatoire bosselée avec peau adhérente présentant en haut et en dehors un point rouge ramolli. Tant à droite qu'à gauche existent les traces des incisions faites, et deux d'entre elles ont donné lieu à des fistules conduisant dans la masse ganglionnaire sans décollement notable. La pression fait sourdre un liquide séro-purulent, il n'existe aucune chancrélisation des orifices des fistules. De chaque côté, au-dessus de l'arcade crurale, l'on perçoit à gauche une grosse masse profonde correspondant aux ganglions iliaques.

Pas de symptômes cutanés ou muqueux ou ganglionnaires orientant du côté d'une syphilis.

Traitement : Incision du point ramolli, mise au propre de la région des fistules.

15 avril 1917. — Soit que le malade ait mal fait ses pansements, soit évolution naturelle, les fistules persistent, un nouveau point fluctuant s'est ouvert tout à fait à côté de l'une d'elles sans communication avec elle. Elle a pour point de départ l'un des ganglions enflammés à évolution toujours très torpide.

3 mai 1917. — Le malade est mis en sursis agricole, et rentre dans ses foyers. Il n'est pas complètement guéri. Il persiste encore une fistule qui donne : pour en hâter la guérison elle est incisée et cautérisée au chlorure de zinc. Il n'existe absolument aucun symptôme de syphilis, aucune ulcération génitale.

18 juin 1917. — Le malade a eu quelques rapports avec sa femme. Celle-ci, depuis quelques jours, se plaint d'une « grosseur » de l'aine gauche et nous est adressée pour cela par son médecin.

De fait, elle présente une adénopathie inguinale gauche très subaiguë polyganglionnaire, plutôt dure, quoique l'on perçoive

déjà un peu d'empâtement, et une rougeur débutante en un point. Pas de douleur spontanée.

Vu les circonstances dans lesquelles s'est développée cette adénopathie, la porte d'entrée en est soigneusement recherchée : nulle part, dans la zone génitale et périanale nous n'avons trouvé de lésions ulcéreuses, à type de chancre simple ou même d'herpès ulcéreux.

Le repos, de la révulsion, des cataplasmes sont ordonnés.

2 juillet 1917. — La tuméfaction a progressé très insidieusement, il s'est formé un abcès intraganglionnaire qui est incisé. L'examen direct ne montre aucun agent microbien. Toujours aucune lésion ulcéreuse génitale.

Le mari ne présente aucun symptôme de syphilis.

Juillet 1918. — Le mari revu dit que la guérison définitive n'a été obtenue chez lui qu'en août 1917 (durée de six mois), et que ce n'est que peu à peu dans la suite que tout gonflement des ganglions a disparu. Il est vrai qu'il n'a pas arrêté son travail.

De même chez sa femme l'évolution a été longue rappelant celle de son mari. Le médecin qu'il a suivi n'a jamais constaté aucun symptôme de syphilis.

Discussion. — Il est hors de doute qu'il s'agit ici d'une même affection transmise de mari à femme au cours des rapports vénériens.

Mais il est plus délicat d'en préciser la nature, cette observation n'ayant pas été recueillie primitivement pour une publication, les recherches bactériologiques et histologiques ont été négligées.

La syphilis ne saurait être discutée : aucun symptôme suspect, à aucun moment n'a été constaté ni chez le mari ni chez la femme. Les adénopathies satellites suppurées existent sans doute, mais elles sont rares ; il en est de même des syphilis décapitées. L'hypothèse de chancres simples pourrait mieux se défendre. A la vue ce fut notre première pensée et nous laissâmes le diagnostic en suspens.

L'absence de tout chancre simple constaté au début, retenait bien notre attention, mais le malade avait si peu d'hygiène génitale qu'à la rigueur un chancre simple, aurait bien pu passer inaperçu, ou enfin il pouvait s'agir du bubon chancrelleux d'emblée.

Toutefois, plus tard, l'évolution tout à fait torpide subalgueë de l'adénopathie, l'absence de tout processus chancrelleux, de tout décollement, marqués si fréquents dans les bubons primitivement dûs au virus chancrelleux, l'apparition de foyers successifs de suppurations intraganglionnaires, la tendance à la production

de fistules, l'adénopathie iliaque, une allure torpide sans que cependant l'on retrouve les caractères cliniques des adénopathies tuberculeuses, nous avaient incité à considérer ce cas comme de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Aussi, lorsque nous avons vu pareille affection se développer chez la femme, avons-nous pris grand soin de rechercher cliniquement tout chancre simple possible chez elle ; nous n'avons trouvé aucune lésion ulcéreuse qui put prêter à confusion. Il faudrait donc interpréter encore cette adénopathie, comme un bubon chancereux d'emblée : ce sont là des variétés trop rares pour qu'il en soit ainsi chez nos deux malades.

D'autre part, cliniquement l'adénopathie reproduisait dans son aspect et son évolution le tableau classique de la lymphogranulomatose inguinale telle que l'ont isolée MM. Nicolas, Favre et Durand.

Aussi personnellement nous n'hésitons pas à rattacher cliniquement ce cas à la lymphogranulomatose, et nous le considérons comme d'un grand intérêt par ce qu'il démontre l'origine vénérienne de cette affection, en certains cas tout au moins : (transmission dans notre cas du mari à la femme). D'autre part, les lymphogranulomatoses chez la femme restent rares ; c'est le second cas seulement que, personnellement, nous ayons vu en dix ans.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur H. Moutot

Blennorragie aiguë. — Développement au cours de son évolution d'une adénopathie inguinale bilatérale subaiguë à foyers multiples suppurés intraganglionnaires, réalisant le syndrome clinique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Absence de toute autre infection vénérienne.

G... Jules, 21 ans, est hospitalisé le 16 novembre 1921 pour une blennorragie aiguë datant de un mois, et une adénopathie inguinale bilatérale syphiloïde à gauche, inflammatoire à droite.

Antécédents. — Pas d'affection vénérienne antérieure à la blennorragie actuelle. Pas de lésions antérieures de la région périéo-ano-génitale ni des membres inférieurs ; le malade n'a jamais eu les glandes de l'aîne enflées.

Histoire de la maladie. — Vie génitale assez active ne permettant pas d'apporter une précision sur la date de contamination, ni de rechercher une confrontation. Le dernier coït date de la période du 10-15 octobre 1921.

Ce qui a d'abord attiré l'attention du malade c'est un écoulement, apparu il y a environ un mois, et ce n'est que plus tard, quinze jours peut-être, qu'il a constaté qu'il présentait « des glandes », à droite d'abord, puis ces jours derniers à gauche.

Etat à l'entrée. — On constate :

a) Une blennorragie aiguë en pleine période d'état, avec urétrite, urines troubles du début à la fin de la miction.

L'examen microscopique montre une formule cytologique à polynucléaires à peu près exclusifs, et bactériologique à gonocoques nombreux, sans infection secondaire, sans cocci ni formes bacillaires.

b) **Une adénopathie inguinale gauche syphiloïde** à ganglions multiples isolés, assez durs, sans périadénite. Les ganglions internes, indolores spontanément réagissent un peu à la pression. Pas de ganglions iliaques.

c) **Une adénopathie inguinale droite en voie de suppuration**, avec périadénite englobant le paquet ganglionnaire en une seule masse bosselée, irrégulière, avec peau déjà adhérente, empâtée, légère rougeur non pas diffuse mais déjà localisée en deux points, laissant présager à leur niveau un foyer suppuré. La palpation permet déjà de reconnaître un point où l'on provoque une dépression cupuliforme mais on n'a pas encore la sensation de pus collecté. Pas de douleurs spontanées.

Pas de ganglions iliaques nets.

Pas de réactions lymphatiques du fourreau, diffuses ou tronculaires.

L'existence de cette adénopathie de caractères cliniques, un peu paradoxaux, syphiloïde à gauche, suppurée à droite, motive un examen minutieux de la région génito-périnéo-anale et même des régions voisines. Le méat et l'urèthre rétro-méatique sont soigneusement explorés : nulle part l'on ne trouve de lésion susceptible de rattacher cette adénopathie à une infection vénérienne telle que le chancre syphilitique ou le chancre simple, ni à une autre lésion génitale telle que l'herpès.

Ayant observé quelques cas d'adénites suppurées, mais plus aiguës, au cours de la blennorragie, très familiarisé avec les adénites subaiguës du type lymphogranulomatose inguinale subaiguë de Nicolas-Favre, au courant des travaux sur les infections vénériennes décapitées, le diagnostic est laissé en suspens.

Traitement : Grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse.

Repos et cataplasmes de farine de lin.

Une réaction B. W. est demandée à titre documentaire.

25 novembre 1921.

La blennorrhagie sous l'influence des grands lavages s'est considérablement améliorée ; les urines du second verre sont devenues claires, mais, malgré ce repos il n'y a pas eu d'amélioration parallèle de l'adénopathie.

A droite : Les ganglions ont continué à progresser et tendent à s'agglomérer ; ils ne sont pas aussi durs mais un peu empâtés.

A gauche : Aux points précédemment indiqués l'on trouve une petite collection, ou plus exactement, un point ramolli très dépressible, avec un peu de rougeur périphérique. Les lésions sont toujours très subaiguës, torpides à peu près indolores.

L'on perçoit, par la palpation profonde, au-dessus de l'arcade crurale une masse qui correspond certainement aux ganglions iliaques.

La réaction B. W. a été franchement négative. Dès ce moment, de part l'aspect, l'évolution tout à fait superposables à de nombreux cas déjà observés, le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale est fait.

On incise les deux foyers dans toute leur longueur, il sort un pus mal lié avec petits grumeaux. L'examen microscopique ne montre pas de gonocoques ; un frottis fait avec le grattage de la paroi n'a pas montré de bacille pouvant rappeler celui de Ducrey ; nous croyons d'ailleurs que cette recherche est loin d'être aussi aisée que l'on pourrait le croire d'après certains auteurs. A droite nous demandons de faire quelques séances de radiothérapie en ayant vu parfois de bons résultats, (en particulier sur nombre de malades confiés, pendant la guerre, au service de radiothérapie du Professeur Cluzet et qui ont guéri). Nous savons toutefois que les résultats du traitement radiothérapique sont inconstants.

10 janvier 1922. — Le malade est guéri de sa blennorrhagie après trente-cinq jours de traitement, et cette guérison se maintient, tout traitement ayant été suspendu depuis près de trois semaines.

Un examen clinique systématique ne montre aucune lésion cutaneo-muqueuse de syphilis.

L'adénopathie inguinale gauche est en voie de régression très nette. Toutefois, malgré la radiothérapie, il y a eu un petit point suppuré qui a été ponctionné et qui a guéri sans fistule.

L'adénopathie inguinale droite a donné lieu encore à un petit abcès intraganglionnaire. Les incisions des deux précédents ne sont pas encore cicatrisées, mais ni leurs bords, ni leur parois n'ont pris un type chancrelleux. Il existe des fistules par où s'écoule un liquide séro-purulent peu abondant, il n'a pas été fait de traitement caustique, les ganglions iliaques persistent très faibles.

Une nouvelle réaction de B. W. est demandée. (Elle a été négative).

Connaissant la lenteur d'évolution de pareilles adénites, espérant encore la guérison des fistules par un traitement local antiseptique, le repos et l'incision de nouveaux foyers, si cela est nécessaire, et espérant par-là aussi, éviter au malade une exérèse de tout le paquet ganglionnaire qui donne parfois de l'œdème et de l'éléphantiasis du membre correspondant, nous envoyons le malade en convalescence, au repos. Sauf complication il ne sera pas revu avant deux à trois mois.

Discussion : Bien que cette observation soit très incomplète et que nombre de recherches bactériologiques et histologiques n'aient pas été faites, nous n'hésitons pas à la considérer, de par l'aspect clinique et l'évolution, comme un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Tout d'abord il est un diagnostic clinique positif qui garde malgré tout quelque valeur : c'est la superposition d'un cas bien observé, à de nombreux autres semblables longuement suivis antérieurement et reconnus comme tels. Nous avons appris à reconnaître la lymphogranulomatose auprès de MM. Nicolas et Favre, et dans la suite nous avons eu l'occasion d'en observer de nombreux cas ; car c'est loin d'être une affection rare lorsque l'on veut se rendre à l'évidence et reconnaître la légitimité de l'individualité de cette affection.

La syphilis décapitée ou non à ganglions classiques ou exceptionnellement suppurés est à rejeter. Cliniquement non seulement l'on ne trouve pas de chancre contemporain de l'adénopathie, mais encore il n'a été trouvé, les délais voulus passés, aucune manifestation cutané-muqueuse symptomatique.

Les réactions sérologiques sont restées négatives, au soixante-deuxième jour après le début des adénopathies.

Le bubon chancrelleux d'emblée ne pourrait être qu'un bubon spécifique à bacilles de Ducrey-Unna. Il aurait eu après incision et traitement banal une évolution tout autre.

Instruits des conceptions d'une virulence très atténuée possible en pareil cas avec véritable bactériolyse, nous croyons cependant

qu'un véritable bubon chancrelleux aurait pris des caractères cliniques caractéristiques du processus chancrelleux, d'ailleurs l'examen du pus ne nous a jamais montré de bacilles de Ducrey.

La tuberculose doit être rejetée parce que l'aspect clinique n'est pas en réalité celui des adénopathies tuberculeuses ouvertes et fistulisées, et parce que dans les cas semblables toutes les tentatives de démonstration du bacille de Koch que nous avons suivies ont été négatives.

De même nous écartons la possibilité de mycoses ; de nombreux ensemencements pour des cas semblables sont restés sans résultat dans nos mains.

Nous ne considérons pas non plus cette adénopathie comme une adénopathie blennorragique suppurée. Les très rares cas que nous avons vus et ceux publiés ont trait à des adénopathies chaudes aiguës, véritables petits adénophlegmons.

Le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale admis, l'intérêt de cette observation réside dans l'étude des relations qui peuvent exister entre cette affection et la blennorragie. Pour notre part, dans le cas particulier, nous estimons que la lymphogranulomatose s'est développée à la faveur de l'urétrite blennorragique, qui lui a servi de porte d'entrée.

OBSERVATION V

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguino-iliaque. — Traitement par l'émétine, puis par la radiothérapie. — Persistance des fistules et des masses inflammatoires ganglionnaires et dermiques. — Persistance des ganglions iliaques. — Intervention chirurgicale terminale. — Réaction de Wassermann deux fois négative.

M... P..., 31 ans, employé de tramways, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Docteur Favre, pour une adénite inguinale bilatérale, qui s'est développée peu à peu depuis un mois.

On constate dans l'aîne droite une masse dure, irrégulière, du volume d'une grosse noix, dont la nature ganglionnaire est certaine.

Du côté gauche la tuméfaction est plus volumineuse ; elle est irrégulière, mamelonnée, dure. Son volume est celui d'une petite

mandarine. La peau qui la recouvre est rouge, adhérente, présentant une dépressibilité circonscrite.

Dans la fosse iliaque, on note une adénopathie concomitante, du volume d'un petit œuf de poule. L'examen des organes génitaux, montre une rougeur anormale de la cavité préputiale, au niveau de laquelle l'épiderme présente des fissures légèrement suintantes ; on ne trouve pas d'autres lésions. Le malade interrogé sur l'existence possible de minimales lésions génitales antécédentes, dit ne pas les avoir observées. Il n'existe pas d'urétrite.

2 septembre 1921. — On ponctionne la masse ganglionnaire gauche, au niveau du point fluctuant ; on retire un liquide fluide, filant blanchâtre, dont l'examen ne montre ni amibes ni microbes. Les cellules mononucléaires volumineuses sont dans ce liquide particulièrement abondantes. Les lésions ganglionnaires conservent leur volume ; elles sont indolentes à l'ébranlement.

Le malade est soumis au traitement par l'émétine.

18 septembre 1921. — Le malade a reçu 0,96 centigrammes d'émétine ; ce traitement a été assez mal supporté, il n'a eu aucune action nette sur l'inflammation ganglionnaire. On conseille la radiothérapie.

10 octobre 1921. — Le malade est réexaminé aujourd'hui : Dans l'aîne gauche on constate toujours une tuméfaction allongée, recouverte d'une peau épaissie, rose, violacée, adhérente.

Dans l'aîne droite une fistule s'est ouverte, qui donne naissance à un liquide grumeleux, séreux, dont l'examen montre des bacilles gardant le Gram, ayant l'aspect des corynébactéries. Dans les deux fosses iliaques persistent des masses adénopathiques dures, particulièrement à droite. Etat général bon.

Les orifices fistuleux de l'une et l'autre aîne restent punctiformes, ne présentent aucun signe de phagédénisme ou de chancrellisation. Ils s'ouvrent au sein d'une peau très épaissie. L'infiltration dermique périfistuleuse a le volume d'une noix.

Le malade n'a jamais présenté aucun signe cutané ou muqueux de syphilis.

Réaction de Wassermann négative.

27 décembre 1921. — Le malade a eu quatre séances de radiothérapie, faites par M. Japiot ; la dose des rayons administrés nous est inconnue. L'état des lésions reste sensiblement le même ; on se décide pour l'intervention chirurgicale.

Intervention : Excision de la peau autour des fistules. Il existe des masses plus importantes qu'on ne le croirait ; leur clivage ne peut se faire qu'au bistouri.

L'examen des ganglions montre un certain nombre de points suppurés, réduits à des noyaux gros comme des têtes d'épingle en verre, et surtout un développement considérable du tissu conjonctif.

Le malade examiné pendant quatre mois, n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. La réaction de Wassermann faite plus de deux mois après le début de l'adénite, a été négative.

Cette observation est intéressante par la persistance de l'adénite iliaque, après retrocession très marquée des ganglions inguinaux, par l'échec du traitement éméthinien et de la radiothérapie.

22 février 1922. — Etat général excellent. On fait une nouvelle réaction de Wassermann qui est négative.

OBSERVATION VI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre

Lymphogranulomatose inguino-iliaque. — Accident primitif herpétiforme de la région du frein. — Examens directs et cultures négatives en ce qui concerne le bacille de Ducrey. — Aucun signe cutanéomuqueux de syphilis chez le malade observé pendant plus de six mois. — Wassermann deux fois négatif. — Résultats incomplets de la radiothérapie et du traitement par l'émétine.

B... Félix, 25 ans, peintre-plâtrier, envoyé dans le service du Docteur Favre, le 18 juin 1921, par le Professeur Nicolas, avec le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale. Aucune maladie antérieure, a eu deux blennorrhagies et une orchite. Guérison depuis deux ans. Léger reliquat épiddymaire droit. Marié a eu un coït suspect ; il n'est pas sûr que l'affection dont il est porteur en provienne, il croit plutôt que la première lésion est survenue à la suite des coïts un peu répétés avec sa femme ! Le malade s'est d'abord aperçu de l'accident primitif qui siège à droite du frein ; il en a été averti par légère cuisson. La lésion à ses débuts était une petite écorchure non creusée. Trois semaines après le début de l'ulcération sont apparus des ganglions des deux côtés, plus marqués à droite qu'à gauche. A ce moment le malade se sent fébrile, a des nausées et peu d'appétit.

L'adénopathie est à ce moment douloureuse. Elle a été vue par M. Nicolas, on a fait des examens qui sont restés négatifs au point de vue bacille de Ducrey et tréponèmes.

Le diagnostic de lymphogranulomatose est posé par M. Nicolas.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu le malade présente un syndrome très complet d'adénite inflammatoire avec périadénite bilatérale subaiguë, peu douloureuse. La tuméfaction est surtout développée à droite. De ce côté, ganglions iliaques très nets du volume d'une noix. Les adénites inguinales des deux côtés ont le volume d'une grosse noix.

A droite du frein on trouve une petite lésion ulcéreuse lenticulaire, mais nettement indurée, superficielle, indolente, légèrement suintante, non douloureuse, à fond légèrement bourgeonnant un peu blanchâtre.

La région périnéo-ano-génitale ne présente rien d'autre que ce petit accident unique. Pas de lymphite.

Les amibes et le bacille de Ducrey ont été recherchés sans résultat dans le liquide de ponction d'un ganglion non ouvert. On a fait une culture du pus.

Le malade a été soumis au traitement par l'émétine ; il vient chaque matin pour son injection.

L'état général est actuellement excellent : Bon appétit, coloration normale de la peau et des muqueuses.

19 juillet 1921. — A la suite du traitement par l'émétine, amélioration sensible.

Actuellement il persiste, à gauche, une masse inguinale du volume d'une noix, dure ; à droite, la masse est un peu plus petite ; mais au-dessous d'elle, on trouve un ganglion iliaque du volume d'une grosse noix.

L'ulcération de la région du frein persiste indolore, très légèrement creusée, sécrétant un liquide séreux.

Réaction de Wassermann négative.

5 août 1921. — Le malade est revu aujourd'hui. — Guérison de la lésion préputiale. — Des deux côtés on trouve des ganglions gros, durs ; mais l'adénopathie est plus marquée à droite.

Dans la fosse iliaque de ce côté il existe une masse ganglionnaire du volume d'un petit œuf de poule. Du côté opposé on note dans la région inguinale une masse ganglionnaire du volume d'une noix. La fosse iliaque de ce côté paraît libre.

Examen négatif de la verge. Aucun accident cutanéomuqueux.

Le traitement par l'émétine n'a eu qu'un résultat incomplet et temporaire. On décide de soumettre le malade à la radiothérapie.

16 février 1922. — Le malade est revu aujourd'hui. Les ganglions inguinaux ont disparu presque complètement à droite, où l'on sent cependant encore de petites glandes du volume d'un pois et même plus grosses ; à la partie interne, du volume d'une amande.

Dans la fosse iliaque, du même côté, on trouve encore un ganglion du volume d'une grosse noix, légèrement douloureux à la pression, et occasionnant également un peu de douleur dans la jambe.

La guérison paraît complète à gauche. Aucun accident cutané ou muqueux de syphilis. Bon état général. Le malade a eu trois séances de radiothérapie.

18 février 1922. — Réaction de Wassermann, négative.

Il s'est agi chez ce malade d'une lymphogranulomatose inguino iliaque.

L'accident primitif de type herpétiforme a précédé de trois semaines l'explosion des lésions ganglionnaires.

Les examens qui ont été pratiqués, soit des exsudats de l'accident primitif, soit du pus ganglionnaire n'ont montré ni bacilles de Dacrey ni spirilles.

Le malade a été suivi pendant plus de sept mois. On n'a jamais constaté de symptômes cutanés ou muqueux de syphilis.

La réaction de Wassermann deux fois pratiquée a été deux fois négative.

Le traitement par l'émétine n'a produit qu'une régression passagère de l'affection. Le traitement radiothérapique a été plus efficace mais le malade n'est pas guéri. Il est toujours porteur de ganglions inguinaux et surtout iliaques droits, anormalement développés.

L'adénite est légèrement douloureuse et entraîne de la gêne des mouvements du membre inférieur droit. Les lésions sont donc encore en activité : on ne peut encore, à propos de ce malade, parler de guérison.

Il est à noter que le malade interrogé de nouveau sur le début de la maladie reconnaît qu'elle est survenue quinze jours environ après un coït extra-conjugal.

OBSERVATION VII

M. le Docteur H. Moutot

(J.-L. Claude. Thèse de Lyon, n° 33, 29 novembre 1913)

Adénite inguinale bilatérale subaiguë. Type lymphogranulomatose inguinale subaiguë de MM. Nicolas, Favre et Durand.
— **Contagion par coït extra-conjugal. — Accidents primitifs herpétiformes multiples.**

X..., 33 ans, vient consulter le 1^{er} août 1913 pour des adénites ayant débuté vers le 21 juillet 1913.

Antécédents personnels. — Pas de lésions ou d'affections pouvant laisser supposer une tuberculose antérieure. Le malade nie toute syphilis ; l'interrogatoire ne révèle rien à ce sujet. Blennorragie il y a dix ou quinze ans, qui a guéri sans laisser de séquelles.

Début de l'affection actuelle. — Le malade, marié, la fait remonter à un *coût extra-conjugal*. D'ordinaire sérieux et fidèle à sa femme, il a eu des rapports avec une prostituée le 29 juin 1913. Vers le 14 juillet 1913, son attention fut attirée par la présence de *petites lésions du côté du sillon balano-préputial*. Ces lésions étaient petites, arrondies, superficielles, indolentes. La description qu'en donne le malade similitude avec les lésions actuelles permet de les qualifier d'*herpétiformes*. A noter que le malade n'avait jamais eu, antérieurement, de poussée d'herpès.

Vers le 21 juillet, quelques jours seulement après cette constatation, le malade commença à s'apercevoir de la présence d'une *adénite inguinale* droite qui augmenta rapidement de volume. Quelques jours après apparut une adénite à gauche.

Etat actuel. — 1^{er} août. — Deux groupes de lésions sont à considérer : d'une part, les lésions du sillon ; d'autre part, les adénopathies.

Les lésions du sillon balano-préputial siègent à la partie dorsale ; elles sont *multiples*, au nombre de six. Trois sont situées au niveau du sillon proprement dit, les trois autres sur la muqueuse préputiale proprement dite. Elles sont arrondies, présentant la surface d'une petite à une moyenne lentille, très superficielles, érosives, mais à fond suppurant ; elles ne reposent sur aucune base indurée ; le bord est très légèrement décollé, mais il ne s'agit pas là d'un décollement semblable à celui que l'on retrouve dans le chancre mou ; on a affaire à un simple soulèvement d'une légère collerette épidermique.

Déteggées, les lésions, lorsqu'on les exprime, pleurent abondamment. Ces lésions sont bien isolées ; il n'y a pas d'éléments à contours micropolycycliques.

Des **examens microscopiques** pour la recherche du bacille de Ducrey et du tréponème restent *négatifs* (coloration au bleu de Unna ; coloration à l'encre de Chine, méthode Burri-Hetch).

Au niveau du prépuce, à environ un centimètre en arrière du sillon, dans le fourreau, existe une induration cartilagineuse tronculaire. Elle est légèrement douloureuse à la pression ; elle présente un certain degré de rougeur et donne l'impression d'un cordon de lymphangite plus inflammatoire que ceux trouvés dans la syphilis.

L'adénopathie est déjà bilatérale, mais elle est infiniment plus accusée à droite.

A droite, il existe une masse ganglionnaire occupant tout le pli inguinal et descendant du côté du triangle de Scarpa ; cependant, les ganglions cruraux sont indemnes. Il y a là une masse du volume d'un œuf de poule, mais irrégulière, bosselée. Par la palpation, il est impossible d'isoler les différents ganglions qui la constituent ; le tout semble réuni dans un même groupe de périadénite. La peau est normale comme coloration ; il y a cependant déjà un peu de rougeur en certains points ; il n'y a encore ni amincissement, ni phénomène de peau d'orange nulle part.

La consistance est différente suivant les points, mais en aucun endroit on ne trouve encore des points fluctuants ou nettement ramolis.

Le tout est empâté, n'ayant point la dureté des ganglions syphilitiques ; certains points sont déjà plus mous.

Une palpation plus soignée, plus profonde, permet de sentir au-dessus de l'arcade crurale, une masse irrégulière, encore relativement peu grosse, mais nette, répondant au groupe des *ganglions iliaques*.

A gauche, la masse ganglionnaire est seulement du volume d'un œuf de pigeon ; elle est empâtée, sans point ramolli, mais elle n'est pas parfaitement limitée. On ne sent rien dans la fosse iliaque gauche.

Il n'existe aucune lésion des membres inférieurs.

Les adénites sont peu douloureuses. Cependant, dans la marche, le malade souffre à droite.

L'état général du malade est touché. Le malade se plaint d'asthénie, de perte d'appétit ; il est pâle ; pas de température $37^{\circ}2$.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les lésions génitales ne répondant à aucun type clinique d'ulcération spécifique, les recherches microscopiques restant négatives, l'allure subaiguë de l'évolution des adénopathies, les rappels de cas semblables, font penser, dès ce moment même, à la lymphogranulomatose telle qu'elle a été isolée par MM. Nicolas, Favre et Durand.

Traitement. — Bains d'eau blanche pour la verge. Repos au lit.

Pommade iodo-iodurée sur les ganglions.

20 août 1913. — Sous l'influence du traitement précédent, les lésions herpétiformes se sont amendées très rapidement, ne sup-

pura et plus du tout. Au bout de cinq à six jours, tout fut terminé. Après deux à trois jours, la lymphite avait disparu. Bien que le malade soit resté au repos, les adénopathies ne sont pas améliorées. Tout en restant indolores au repos, elles sont devenues douloureuses à l'occasion de la marche et des mouvements ; elles ont augmenté de volume. Des points se sont nettement ramollis.

Le malade est hospitalisé à l'hôpital Saint-Pothin.

21 août. — **A droite :** l'adénopathie présente deux foyers de ramollissement ; la peau, à leur niveau, est rouge et tend à l'amincissement. A la palpation, le doigt s'enfonce comme dans une cavité limitée par une paroi dure avec un véritable bourrelet périphérique. La masse iliaque forme un gros gâteau. On ponctionne à l'aide d'une grosse aiguille stérilisée ; il ne sort que très peu de pus mal lié ; il y a plutôt un tissu ramolli qu'une collection de pus véritable ; il s'agit d'un petit abcès intraganglionnaire ; l'aspect est le même pour les deux points ramollis qui, quoique voisins, ne communiquent pas entre eux.

On fait l'inoculation au cobaye, sous la peau de la cuisse, du pus retiré.

L'examen direct du pus, après coloration, ne montre aucun agent particulier.

On décide de soumettre le malade à la *radiothérapie* (Docteur Jaubert de Beaujeu).

A gauche, il ne paraît pas y avoir de pus collecté ; aussi n'est-il pas fait de ponction.

Le diagnostic ferme le lymphogranulomatose subaiguë inguinale est porté.

28 août. — Le malade est montré au Docteur Favre, qui confirme de tous points le diagnostic précédent.

Il est fait une ponction aspiratrice du ganglion à gauche.

Un nouveau petit foyer se dessine à droite.

29 septembre. — Les lésions n'ont pas continué à progresser. Sous l'influence des ponctions et de la radiothérapie, il y a une amélioration très nette. A droite, on note une très grande diminution de la masse ganglionnaire.

14 octobre. — Le cobaye n'a aucun ganglion inguinal ou lombaire. Il est bien portant. Après l'avoir sacrifié, on ne trouve aucune lésion viscérale ou ganglionnaire de tuberculose.

Le malade est revu ; il a eu trois séances de radiothérapie à gauche ; à droite, l'adénopathie a fondu complètement ; deux ganglions persistent encore, mais bien petits et bien isolés.

Il existe une fistulette au point ponctionné.

Le malade a été régulièrement suivi depuis le mois d'août au point de vue de la *possibilité d'une syphilis*. Jamais on n'a constaté aucun accident cutané ou muqueux, ni de céphalée, etc.

OBSERVATION RÉSUMÉE VIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose des ganglions inguino-iliaques. — Accident primitif papuleux, lenticulaire de longue durée. — Autoinoculation négative. — Aucun signe clinique de syphilis. — Ablation chirurgicale. — Lésions macroscopiques et microscopiques typiques.

D... G..., 26 ans, mécanicien, entre dans le service du Docteur Favre, salle Sainte-Marguerite à l'Hôtel-Dieu, pour une tuméfaction inflammatoire des deux régions inguinales.

L'affection a débuté, il y a un mois et demi par une douleur au niveau des plis inguinaux, qui s'exagérait par le travail et par la marche.

Quelques jours avant l'apparition des ganglions, le malade avait remarqué dans le sillon balano-préputial une petite lésion minuscule, non prurigineuse, à laquelle il n'avait pas attaché d'importance.

Dernier coït, trois semaines avant l'apparition de cette petite lésion.

Le malade va consulter, à l'hôpital Saint-Pothin, le Professeur Nicolas. Le diagnostic de lymphogranulomatose est porté ; on fait cependant au malade une autoinoculation, qui reste négative. Le malade est ensuite dirigé sur le service du Docteur Favre le 30 juillet 1921.

Interrogé il dit avoir perdu l'appétit, avoir maigri depuis le début de son affection. Par instant, il souffre des céphalées le jour seulement. Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes antérieures.

Localement le malade accuse une douleur spontanée, d'ailleurs très peu aiguë, qui apparaît lorsqu'il est resté levé un certain temps.

Les deux régions inguinales sont soulevées par des tuméfactions, qui ont le volume d'un œuf de poule environ. Les deux

masses sont dures ; la peau qui les recouvre, est surtout à droite rose violacée, épaissie.

Dans les deux fosses iliaques, on perçoit de gros ganglions légèrement douloureux.

La palpation et la mobilisation des masses inflammatoires inguinales, sont à peu près complètement indolores.

Sur le prépuce, on trouve un nodule lenticulaire, légèrement saillant, qui présente à sa partie centrale un orifice punctiforme : (chancre papuleux). Le chancre se prolonge sur un centimètre environ, par un cordon de lymphite.

L'examen des divers viscères est négatif. Aucun accident cutanéomuqueux. La température est normale ; elle n'a été prise que pendant peu de jours. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

13 août 1921. — L'état du malade ne s'est pas modifié sous l'influence du repos.

L'examen d'un petit abcès non ouvert n'a montré aucune espèce microbienne. L'adénopathie du côté droit a un aspect extrêmement typique ; elle forme une masse, du volume d'un gros œuf de poule, irrégulièrement lobulée, peu douloureuse, avec peau adhérente épaissie.

Le malade a eu pendant quelque temps des troubles généraux marqués, lorsque s'est constituée la tuméfaction inguinale droite. Actuellement, l'état général est bon ; le malade est remarquablement vigoureux. Il n'existe aucune tare viscérale.

18 août 1921. — Opération. L'examen des ganglions enlevés, montre des lésions diffuses adénitiques et périadénitiques, quelques ganglions lie-de-vin, nombreux abcès à contenu laiteux.

Le petit chancre a été excisé avec son cordon lymphatique ; c'est lui qui a été examiné, et dont nous rapportons la description dans la thèse.

20 septembre 1921. — Le malade a été suivi pendant son séjour en chirurgie. La cicatrisation de la plaie opératoire a été normale. Le malade n'a présenté aucun signe cutanéomuqueux de syphilis. L'examen histologique a montré les lésions ordinaires de la maladie.

OBSERVATION IX

(Inédite)

Lymphogranulomatose inguinale. — Accident primitif papuleux du prépuce.

G... L..., 30 ans, entre à l'hôpital le 15 avril 1921 pour une

adénopathie inguinale droite, qui a progressivement augmenté depuis son apparition, qui remonte à trois semaines.

Le malade dit, n'avoir jamais eu d'affection vénérienne antérieure ; il n'est pas sujet à l'herpès génital.

L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines, par une petite tuméfaction de l'aîne droite, du volume d'une noix, dont le début a été à peu près complètement indolent : C'est surtout, parce que la tuméfaction grossissait, que le malade va voir un médecin, qui trouve la cause de cette adénopathie dans une petite lésion cutanée du fourreau de la verge, qui ne ressemblait, a dit le médecin, ni à un chancre, ni à une vésicule d'herpès. Le médecin envoie le malade à M. le Professeur Nicolas, en vue d'un diagnostic. M. Nicolas le fait hospitaliser dans son service et porte à l'examen le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale, et fait passer le malade dans le service du Docteur Favre, qui l'examine et note au niveau de l'aîne droite une tuméfaction, du volume d'un petit œuf, allongée dans le sens du pli inguinal, dure au palper, sans point fluctuant, lobulée, adhérente aux plans profonds, et dont la nature ganglionnaire est indiscutable.

La peau qui la recouvre est de coloration rosée ; il n'y a pas de douleurs spontanées. Seule une gêne légère de la marche est accusée par le malade.

La palpation de la tumeur n'est pas douloureuse. La fosse iliaque est libre. Dans l'aîne gauche on trouve quelques ganglions roulant sous le doigt.

Sur la verge, on constate à la face interne du prépuce, une petite lésion papuleuse, rouge, infiltrée, non ulcéreuse, du volume d'une lentille. Le malade ne se rapelle pas d'avoir constaté de vésicule à ce niveau. La petite lésion n'a occasionné aucun prurit.

Il n'y a rien d'autre à signaler au niveau du sillon ou de la muqueuse du gland. L'examen de l'urèthre est négatif.

L'état général est satisfaisant ; il n'y a pas de température.

En présence de cette symptomatologie, le diagnostic porté est celui de lymphogranulomatose inguinale avec accident primitif papuleux.

3 mai 1921. — Les lésions n'ont subi aucune modification par le repos. Le malade est dirigé sur le service de M. Durand pour intervention chirurgicale. On prélève du sang pour réaction de Wassermann qui est négative.

15 mai 1921. — Le malade a été opéré, et l'on a trouvé des lésions typiques de la maladie.

OBSERVATION X

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguino-iliaque droite. — Evolution torpide, échec de la radiothérapie et du traitement par l'émétine. — Ablation chirurgicale. — Aucun signe clinique ou sérologique de syphilis.

C.... Jean, 42 ans, entre le 3 septembre 1921 dans le service du Docteur Favre, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Détroyat, pour une affection inguinale légèrement douloureuse, dont le début remonte à trois semaines, et qui s'est développée progressivement.

Il y a trois semaines, le malade a ressenti dans l'aîne droite un peu de gêne douloureuse ; il a constaté qu'il existait à ce niveau une grosseur sensible à la pression. Cette grosseur a augmenté peu à peu, lentement ; elle s'est accompagnée de malaises généraux, d'inappétence, d'amaigrissement, d'insomnie. Le malade dit avoir eu de la fièvre ; il aurait eu parfois 39° le soir.

Il n'a pas remarqué l'existence de lésions ulcéreuses génitales, mais ne s'est pas très bien observé à ce point de vue, et avoue qu'une petite lésion peut fort bien avoir passé inaperçue. Dans le mois qui a précédé l'adénite, le malade a eu plusieurs coïts avec des femmes différentes.

A l'entrée le malade présente une tuméfaction de l'aîne droite du volume d'un petit œuf de poule. Cette tuméfaction est constituée par une masse ganglionnaire à contours irréguliers, de consistance dure. La peau qui la recouvre a une coloration rose violacée. La masse inflammatoire ne présente pas de points fluctuants ; on peut la mobiliser sans douleur, la secouer énergiquement sans provoquer de douleur notable.

On n'observe actuellement aucune ulcération génitale, aucun écoulement urétral. Il n'y a pas de ganglions dans la région inguinale gauche. Le diagnostic porté est celui de lymphogranulomatose inguinale ; il se justifie par la lenteur d'évolution, l'indolence des ganglions, la prise des glandes du groupe iliaque.

Il n'existe aucun signe de syphilis. — Réaction de Wassermann négative.

30 septembre 1921. — Le malade a été soumis à un traitement par l'émétine, qui est resté sans résultat. Il y a eu également

un traitement radiothérapique, qui n'a pas mieux agi que le traitement par l'émétine. On conseille au malade le traitement chirurgical, qui n'est pas accepté, le malade comptant sur une guérison spontanée possible de son affection.

19 décembre 1921. — Le malade s'est soumis à l'opération après avoir constaté que l'affection n'avait aucune tendance à guérir spontanément. Il a été opéré par M. Durand.

Suites opératoires normales, excellent état général. Le malade qui avait présenté des signes manifestes d'anémie et d'amaigrissement est aujourd'hui coloré, très bien portant.

Pendant son séjour dans le service, avant l'intervention, il a présenté une fièvre continue remittente, qui a parfois atteint 39°.

14 février 1922. — Le malade est parfaitement guéri. Il n'a jamais présenté aucun accident cutanéomuqueux de syphilis. On fait une seconde réaction de Wassermann qui est négative.

Examens anatomo-pathologiques.

L'examen macroscopique des ganglions a montré le développement d'une périadénite fibreuse intense. Ainsi que M. Favre l'a déjà observé en d'autres cas après le traitement radiothérapique, les abcès avaient disparu, et le développement du tissu conjonctif interganglionnaire était de fait le plus notable.

A l'examen microscopique on constate que des lésions caractéristiques de la lymphogranulomatose se rencontrent en nombre de points : si les abcès et les gommes ont disparu on retrouve par places des îlots épithélioïdes, des cellules géantes.

Le tissu conjonctif interganglionnaire est en pleine réaction inflammatoire ; au sein des nappes de cellules plasmatiques on trouve des néo-vaisseaux, des cellules géantes, des amas épithélioïdes. La sclérose est bien moins intense que le ferait croire l'aspect macroscopique. La radiothérapie a modifié l'aspect de l'inflammation, mais ne l'a pas guérie.

OBSERVATION XI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguinale, Syphilis antérieure. Eruptions herpétiforme du prépuce. — Uréthrite non gonococcique. Echec du traitement spécifique, de l'émétine, de la radiothérapie. — Ablation chirurgicale terminale.

R... Julien, entre à l'hôpital le 11 août 1921. Il a eu la syphilis

il y a deux ans, soignée par des injections de biiodure et des pilules ; il a eu des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus ainsi qu'une légère roséole. Il aurait eu il y a six mois des accidents chancriformes de la verge, non suppurants, qui ont guéri rapidement après le traitement pilulaire.

Depuis un mois a remarqué sur le gland, la face interne du prépuce des petites lésions apparaissant et disparaissant, non prurigineuses ; les lésions seraient surmontées d'une vésicule, qui ne tarde pas à se rompre.

Huit jours après le début des lésions préputiales, apparition des ganglions inguinaux gauches à développement progressif.

Actuellement, à gauche masse inguinale inflammatoire irrégulière, peu douloureuse du volume d'un œuf ; pas de ganglions iliaques nets. A droite, petite pléiade ganglionnaire fusiforme. A gauche, aucune douleur ; ramollissement superficiel n'atteignant qu'une partie de la masse dure.

L'examen de la région anale et des bourses est négatif. Sur toute la face interne du prépuce on note une véritable éruption de petits éléments actuellement légèrement surélevés, érosifs, du volume d'une tête d'épingle, groupés en bouquet, extrêmement superficiels. Sur quelques éléments on voit une minime érosion cupuliforme.

Le groupement de ces éléments rappelle en certains points celui des lésions de l'herpès. Quelques-uns des éléments se voient sur les bords de l'extrémité du canal qu'ils tuméfient. Léger écoulement urétral indolore, blanchâtre.

Etat général médiocre depuis un mois. Le malade dit avoir maigri et perdu l'appétit.

Examen négatif de la cavité buccale et du cuir chevelu. Aucune manifestation actuelle cutanéomuqueuse de syphilis.

Wassermann, négatif (13 août).

Les lésions du prépuce sont survenues trois semaines après un coït.

22 août 1921 (M. Favre). — Il existe toujours sur la verge de petites éruptions formées d'éléments papuleux, qui ne donnent naissance à aucun prurit ; les éléments forment de petites saillies du volume d'une tête d'épingle d'acier, ne s'ulcérant pas à la façon de l'herpès, ne pleurant pas.

Dans le sillon balano-préputial à droite du frein ils forment de petits bouquets confluents. On trouve dans le sillon une légère exsudation qui sera examinée.

Au niveau du canal il existe un léger suintement ; l'orifice du canal est eversé et gonflé. On constata sur le bord du ca-

nal de petites lésions papuleuses très superficiellement érosives, qui paraissent se continuer dans la portion antérieure du canal.

30 octobre (M. Favre). — Le malade a été mis au traitement spécifique sur la notion de la syphilis antérieure et bien que le Wassermann ait été négatif. Le traitement a consisté en injections intra-veineuses de cyanure et en injections de novarsénobenzol jusqu'à la dose de 90 centigr.

Les lésions n'ont subi aucune modification. Les ganglions inguinaux restent gros, les fistules qui se sont produites n'ont aucune tendance à se fermer et donnent toujours naissance à un écoulement de sérosité jaunâtre, visqueuse.

A droite la fistule qui siège dans le pli inguinal se poursuit vers la racine de la cuisse par un tractus d'aspect chéloïdien, du volume du petit doigt et long de cinq à six centimètres.

L'orifice de la fistule est punctiforme, ne présente aucun décollement, aucune chancrellisation.

Pas d'amibes à l'examen direct.

On trouve toujours au niveau de la face interne du prépuce quelques éléments érosifs, très superficiels qui sont le siège d'une légère prolifération papillaire.

Le malade présente aujourd'hui un écoulement urétral véritable à gonocoques. Il s'agit d'une contamination récente survenue quelques jours après un coït que le malade a eu il y a dix jours. L'uréthrite est bien différente de l'écoulement blanchâtre non gonococcique, que nous avons constaté le 11 août.

5 novembre (M. Favre). — Le malade a été soumis à un traitement par l'émétine, dose totale 1 gr. 50 ; puis à la radiothérapie. Régression très incomplète des accidents.

Ablation chirurgicale. — On trouve sous les placard d'infiltration cutanée des lésions plus considérables qu'on ne l'eût soupçonné ; bloc fibreux dense, épaissement du tissu cellulaire ; dans cette gangue on trouve des ganglions, l'un en particulier, du volume d'une noix, présentant de nombreux abcès à contenu laiteux.

23 février 1922. — Le malade est venu aujourd'hui à la visite. Son état général est excellent. Les suites opératoires ont été très bonnes.

On constate encore aujourd'hui des lésions préputiales qui ont l'aspect d'érosions superficielles de balanite. L'examen de l'exsudat a montré des spirilles.

Un semis de crêtes de coq a fait son apparition en arrière du gland dans le sillon rétro-balanique.

A droite du frein un amas de ces végétations atteint les dimensions d'un pois.

Aucune manifestation clinique actuelle de syphilis.

Ce malade a donc eu des lésions génitales diverses : lésions herpétiformes, érosions balanitiques spirillaires, urétrite non gonococcique, blennorrhagie vraie et végétations génitales ; ces deux dernières lésions étant postérieures à l'apparition de l'adénite.

Le traitement spécifique institué chez ce malade, ancien syphilitique n'a eu aucune action sur l'inflammation ganglionnaire.

Les divers examens du pus des fistules ganglionnaires ont montré des cocci, des bacilles gardant le Gram et rappelant par leur aspect les corynébactéries.

OBSERVATION XII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguinale. — Début par une masse adéno-pathique aphlegmasique. — Apparition tardive de l'inflammation et de la syptomatologie typiques.

Le L. Louis teinturier, 54 ans, entré le 10 janvier 1921 à l'hôpital, salle Détrouat service de M. le Docteur Favre, pour une masse ganglionnaire de l'aîne, qui grossit depuis un mois.

A. H. — Parents morts de vieillesse, ni frère ni sœur. Marié, a eu un enfant bien portant, un autre mort d'appendicite. Sa femme est morte de laryngite tuberculeuse. Remarié, sa seconde femme a subi une ovariectomie.

A. P. — Point de maladie de l'enfance ; le malade dit n'avoir pas eu la syphilis ; n'a jamais eu d'autre affection vénérienne.

Il y a environ un mois, le malade a ressenti après le travail une douleur dans l'aîne gauche ; en y portant la main, il a senti la présence d'un petit ganglion qui a augmenté depuis. Le malade a perdu l'appétit ; il a maigri et jauni. Il ne se plaint d'aucun trouble gastro-intestinal, il ne tousse pas. A l'entrée, malade pâle, amaigri, présentant un peu de température : 37°4, 37°8.

A l'examen, on constate la présence d'une masse inguinale gauche, dure, irrégulière, grosse comme une mandarine, peu

adhérente aux plans profonds, et pas du tout aux plans superficiels ; complètement incolore, sans réaction inflammatoire périphérique, sans ganglions isolés satellites. Dans l'aîne droite on sent quelques ganglions gros comme du pois, ne présentant rien de bien anormal ; dans les autres territoires ganglionnaires, on ne trouve pas de ganglions, cependant dans l'aisselle droite on arrive à en apercevoir un assez minime.

La palpation des fosses iliaques ne révèle absolument rien : pas d'ascite, pas de tumeur ni de ganglions. Rien à l'épigastre, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Le toucher rectal n'a révélé ni tumeur prostatique, ni rectale. L'examen des organes génitaux ne révèle pas d'ulcérations de la verge ; l'épididyme gauche présente une petite induration avec bosselure de la tête ; léger varicocèle du même côté.

L'examen pulmonaire révèle en arrière à la base droite de la submatité occupant le tiers moyen ; les vibrations vocales sont un peu augmentées, la respiration y est forte, plus rugueuse, mais sans souffle ni râles. L'examen des sommets est négatif, on note seulement de l'obscurité respiratoire dans la fosse sus-épineuse gauche ; d'autre part il n'y a pas de modifications de la sonorité ni des vibrations.

En avant, l'examen des sommets est négatif.

Cœur. — La pointe a son siège dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire ; les bruits sont normaux à la pointe et à la base.

Aorte non surélevée, le pouls est de tension normale et sans arythmie.

Système nerveux. — La pupille droite est un peu plus grande que la gauche, mais elles réagissent toutes deux aux deux modes.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

A signaler de grosses varices des membres inférieures.

Wassermann négatif.

17 janvier 1921. — Le malade présente une température subfébrile (37°8, 38°) ; l'adénite inguinale est aujourd'hui nettement inflammatoire. Il s'agit bien de lymphogranulomatose inguinale. On ne trouve pas d'ulcération de la verge, ni d'écoulement urétral, ni d'ulcération anale. Le malade ne s'est pas observé au début de son adénite. Il est arrivé à l'hôpital alors que l'adénite évoluait progressivement depuis un mois. Les conditions d'observation d'un accident primitif ont été très défavorables.

18 janvier 1921. — Le malade est envoyé dans le service du Docteur Durand pour opération.

Note du Docteur Favre. — Lésions habituelles. Adénite et périadénite avec micro-abcès à contenu laiteux.

Il est à noter que l'adénite au début a été à ce point dépourvue de tout caractère inflammatoire, que l'on a soulevé le diagnostic de lymphadénie à début inguinal ; c'est sept à huit jours après l'entrée que la masse dure, irrégulière, lobulée est devenue sensible, et qu'elle a rougi.

L'état général était touché malgré l'absence de toute inflammation, bien nette : (Anorexie, amaigrissement, teinte jaune paille).

Suites opératoires normales. Les signes d'anémie disparaissent après l'ablation des ganglions avec une remarquable rapidité.

L'examen du pus des micro-abcès intra-ganglionnaires n'a montré à l'examen direct aucun microbe.

Février 1922. — Nous avons eu des nouvelles de ce malade dont l'état général s'est rétabli entièrement depuis l'intervention.

Ce malade n'a jamais présenté aucun accident cutané-muqueux ou viscéral qui puisse faire soupçonner la syphilis.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguinale. — Accidents primitifs ulcéreux superficiels du gland. — Poussées intercurrentes de lésions superficielles herpétiformes siégeant sur le fourreau. — Wassermann positif. — Aucun accident secondaire. — Aucune influence du traitement spécifique ou des injections d'émétine.

C... Léon, 22 ans, boucher, entre le 9 juin 1921 à l'hôpital pour une adénite inguinale bilatérale à évolution lente.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires de ce malade.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure sauf une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, d'ailleurs bénigne en 1918. Une blennorrhagie en 1917 ayant duré deux mois et demi.

D'août à décembre 1920 a fait un voyage en Orient sans qu'il ait alors contracté de maladies vénériennes.

Au début de décembre il contracte, au Havre, une blennorrhagie

ayant duré vingt jours environ. Le malade n'eut pas d'adénite inguinale, ne remarqua pas de chancre ou de plaie au niveau du méat urinaire.

Vers la fin de janvier il constate au niveau du gland, à gauche du méat, une petite érosion rouge, du diamètre d'une lentille ; cette lésion était légèrement prurigineuse, elle n'était pas dure, ne suintait pas ; n'a jamais présenté de vésicules.

Cette érosion resta stationnaire malgré l'iodoforme, le permanganate, la pommade au calomel. Elle augmente depuis trois semaines ; elle est apparue trois semaines environ après un coït suspect. L'adénite n'est survenue que vers le 20 mars : Le malade constata au pli inguinal gauche deux petites glandes dures, mobiles ; puis, une autre, dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon apparut dans l'aîne droite. Celle-ci fut traitée par des cataplasmes chauds ; sous leur influence elle se fistulisa vers le 28 avril, il sortit une petite quantité de pus jaune, filant, non strié de sang. La suppuration persista pendant trois semaines. Le ganglion apparu le premier, diminuait pendant que d'autres apparaissaient d'abord durs, puis ramollis, et que la peau devenait rouge. Pendant ce temps, du côté gauche se développaient d'autres ganglions d'abord durs, puis ramollis avec rougeur de la peau. On incise le 24 avril la tuméfaction gauche ; il sortit du pus jaune mêlé d'un peu de sang. On fit ensuite des injections d'éther iodoformé. La plaie se referma en huit jours.

Des deux côtés les lésions restèrent stationnaires avec plutôt tendance à l'augmentation. Il n'y eut jamais rien d'anormal dans la région anale. Depuis le début de la maladie actuelle, le malade n'a pas eu de fièvre, pas d'éruption, pas d'angine, pas de chute des cheveux ; seulement, un peu de céphalée d'ailleurs très passagère, une légère diminution des forces, ainsi qu'un amaigrissement notable (4 kgs en 1 mois).

11 juin 1921. — Malade d'aspect robuste. En précisant le mode de début de l'affection on apprend que les accidents ont débuté par des érosions du gland, disposées autour de l'orifice urétral dans sa moitié inférieure et le débordant sur une étendue de 1 cm. environ. Cette lésion a été d'abord une minime écorchure à peine creusée, qui provoquait une légère démangeaison ; de la rougeur s'est développée ensuite autour de cette première érosion. Une seconde ulcération superficielle du même type est apparue peu après.

Actuellement, on trouve une rougeur sur les points où a siégé l'éruption. La première ulcération est cicatrisée, la seconde n'est plus représentée que par une fine entamure en coup d'ongle.

Vers la commissure postérieure du méat il existe une petite fissure suintante. Il est difficile d'écarter le méat, dont les bords s'accrochent facilement, et qui est le siège d'un léger suintement. Le malade a présenté à deux ou trois reprises de petites éruptions circonscrites à type herpétiforme siégeant sur la peau du fourreau.

Les régions inguinales présentent encore de chaque côté une tuméfaction : A droite existe une tuméfaction allongée dans le sens de l'arcade crurale, siégeant au-dessous de celle-ci, recouverte par une peau rouge violacée présentant deux petites cicatrices déprimées consécutives à des fistules ; son volume est celui d'un petit œuf, elle se montre formée de plusieurs ganglions fusionnés, durs, avec un point ramolli à la face antérieure au niveau d'une fistule qui laisse sourdre quelques gouttes de sérosité claire.

La masse est mobile, adhérente à la peau au niveau des zones cicatricielles.

A gauche, tuméfaction de caractères analogues, mais plus volumineuse, avec deux cicatrices et une fistule ; même rougeur, même sensibilité.

Des deux côtés, ganglions iliaques du volume d'une noix, plus gros à gauche.

L'examen des membres inférieurs, de la région anale, de la région ombilicale, de l'abdomen ne montre rien d'anormal.

Poumon : Rien à signaler.

Cœur : Pointe dans le cinquième espace en dedans du mamelon ; rien à signaler.

Tube digestif : Rien à noter à l'examen de la cavité buccale.

Foie normal. **Rate** non perçue, donne cependant une matité de quatre travers de doigt.

Réflexes pupillaires, tendineux normaux.

Aucun signe de syphilis à l'examen de la peau et des muqueuses.

2 juillet 1921. — Les lésions des téguments de la verge sont guéries.

Le méat s'ouvre facilement maintenant. Les fistules de la région inguinale droite sont fermées. Il ne persiste plus qu'un blindage de ganglions fusionnés, de peu d'épaisseur.

A gauche : un point fistuleux persiste. Dans son ensemble, l'infiltration a diminué ; on perçoit encore cependant les ganglions iliaques.

On n'a pas jusqu'ici découvert d'amibes dans les nombreux examens faits, néanmoins on institue un traitement par l'émétine.

30 juillet 1921. — Le malade a reçu 1 gr. 04 d'émétine.

Il persiste à droite un placage superficiel inguinal avec

rougeur, et un ganglion sous-jacent du volume d'une grosse amande. A gauche, on trouve encore des ganglions inguinaux superficiels, réunis en un placard peu épais, mais étalé sur la surface d'une paume de main au moins.

Les fistules sont fermées, le groupe ganglionnaire de la fosse iliaque a encore le volume d'une grosse noix.

Le malade est soumis à la radiothérapie, le traitement par l'émétine n'ayant pas sensiblement modifié les lésions.

10 août 1921. — Cette observation est remarquable par la netteté des lésions érosives primitives génitales, par les petites poussées herpétiformes qui ont précédé et suivi l'apparition des ganglions. Le Wassermann a été très positif, sans qu'à aucun moment les lésions tégumentaires ou ganglionnaires aient présenté le caractère des lésions syphilitiques.

On n'a jamais constaté d'accidents secondaires, bien que le malade ait été observé neuf mois après le début des accidents, et qu'il n'ait subi aucun traitement spécifique antérieur.

Ni le traitement par l'émétine, ni le traitement conjugué n'ont eu une action résolutive totale sur les ganglions, qui étaient en voie de diminution spontanée après quelques jours de repos.

Le malade est parti présentant encore un reliquat inflammatoire superficiel, et des ganglions profonds à gauche.

L'examen des amibes a toujours été négatif.

La syphilis du malade, dont la réaction de Wassermann plusieurs fois positive, témoigne en l'absence de tout autre signe, à un début qu'on ne peut préciser.

Les accidents ulcéreux superficiels qui ont évolué au niveau des organes génitaux antérieurement à notre observation, ont bien pu être des accidents syphilitiques. Ceux que nous avons observés, ne l'étaient certainement pas. Le malade observé alors que, depuis plusieurs mois les lésions adénogènes évoluaient sans traitement n'a présenté aucun accident secondaire. Rien ne nous a permis, chez ce malade, d'affirmer une syphilis de date récente. Au moment de son départ le malade était incomplètement guéri. Il a, pendant son séjour à l'hôpital, reçu douze injections de 1 centigr. $\frac{1}{2}$ de cyanure, et six injections de Novarsénobenzol : 30, 45, 60, 70, 75, 90 centigr.

Le traitement par l'émétine a été ensuite institué et poussé jusqu'à la dose totale de 1 gr. 04.

Le malade a été en fin de compte soumis à la radiothérapie.

Après son entrée à l'hôpital les lésions ont subi une régression, qui a paru surtout due au repos au lit.

Contre les reliquats ganglionnaires et les indurations péri-

fistuleuses, les diverses médications ont été à peu près inefficaces.

Les divers examens des lésions locales et du pus des fistules comme aussi de l'exsudat uréthral n'ont montré ni tréponèmes, ni Ducrey, ni gonocoques.

16 juin 1921. — Réaction de Wassermann, **très positive.**

6 juillet 1921. — Réaction de Wassermann, **positive.**

3 août 1921. — Réaction de Wassermann, **positive faible.**

Février 1922. — Nous n'avons pu obtenir des nouvelles de ce malade qui a repris sa vie errante. Il était incomplètement guéri quand il a quitté l'Hôtel-Dieu.

Note. — Il est possible que les deux réactions de Wassermann positives observées chez ce malade en dehors de tout signe clinique de syphilis aient la signification des réactions de Wassermann temporairement positives, que Ravaut a récemment observées chez des malades atteints de lymphogranulomatose inguinale.

OBSERVATION RÉSUMÉE XIV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguino-iliaque. -- Maladie osseuse de Paget. — Echec du traitement radiothérapique et de l'émétine. — Ablation chirurgicale. — Wassermann deux fois négatif.

Il s'agit d'un malade, S..., 30 ans, entré le 18 juillet 1921, dans le service du Docteur Favre, à l'Hôtel-Dieu, pour une affection ganglionnaire bilatérale, douloureuse, qui s'est développée depuis quelques semaines.

C'est vers le 20 juin, que le malade s'aperçoit d'une grosseur dans les deux régions inguinales. Cette grosseur s'est développée peu à peu, en restant très peu douloureuse.

Le malade n'a pas remarqué d'ulcération notable des organes génitaux ; il le reconnaît toutefois, qu'une lésion ulcéreuse de petite dimension aurait bien pu passer inaperçue. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes antérieures.

Le malade a eu des relations sexuelles régulières dans les semaines qui ont précédé, avec des femmes différentes.

On note dans les deux régions inguinales, des masses inflam-

matoires ganglionnaires, mobilisables sur les plans profonds. Ces masses lobulées sont peu douloureuses, et présentent des deux côtés une zone de ramollissement circonscrit. La peau qui recouvre les ganglions enflammés est épaissie ; elle est amincie au niveau des zones ramollies. Adénopathie iliaque bilatérale.

On porte le diagnostic de lymphogranulomatose.

L'examen du gland montre un petit élément papuleux, rosé, lenticulaire, nettement infiltré, non ulcéreux, qui n'a pas attiré l'attention du malade.

12 août 1921. — L'état est stationnaire. L'examen du pus des collections ganglionnaires n'a montré ni amibes, ni bacilles de Ducrey.

20 août 1921. — Les lésions ne sont pas modifiées. Du côté droit on perçoit encore une masse, du volume d'une mandarine. A la partie inférieure de cette masse, dans le pli inguinal, petite fistule du diamètre d'une tête d'épingle de verre, sans décollement des bords. Par cette fistule s'écoule un liquide séro-purulent, légèrement grumeleux.

Du côté opposé on trouve encore un nodule, du volume d'une grosse noix, centré par un orifice fistuleux, qui s'ouvre au milieu des téguments violacés ; cette fistule est actuellement tarie.

Le malade a été soumis au traitement par le sirop de Gibert, en raison des soupçons de syphilis, que laisse planer sur lui la maladie de Paget. Ce traitement n'a amené aucune modification notable des ganglions.

30 août 1921. — Le malade a été soumis à un traitement par l'émétine, qui a été mal supporté ; la dose a été poussée jusqu'à 1 gramme sans résultat net. On a fait également, ces dernières semaines des séances de radiothérapie. Malgré ces divers traitements le résultat reste incomplet. Les lésions ont diminué de volume, mais ne sont nullement guéries.

20 février 1922. — Le malade est venu à plusieurs reprises à la consultation. Des deux côtés persistent autour des orifices fistuleux des épaississements cutanés, et l'on sent encore dans la profondeur des ganglions hypertrophiés.

L'adénopathie iliaque a cependant presque disparu.

On a fait deux réactions de Wassermann qui ont été négatives.

18 mars 1922. — On a été obligé de recourir à l'intervention chirurgicale, pour débarrasser le malade de ses lésions résiduelles. L'opération a montré qu'il existait beaucoup plus de lésions qu'on l'eût supposé : On a trouvé sous les téguments épaissis des ganglions encore volumineux et contenant en grande abondance de petits nodules jaunâtres, confluents. C'est

la seconde fois que sur des malades opérés tardivement, après radiothérapie, un semis aussi abondant de nodules a été observé

OBSERVATION XV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux

Lymphogranulomatose inguino-iliaque. — Gros volume de l'adénopathie iliaque. — Inoculation au porteur négative. — Réaction de Wassermann deux fois négative. — Echeo du traitement par l'émétine. — Ablation chirurgicale.

T... J..., 26 ans, manœuvre, envoyé le 24 janvier 1922 de la clinique de Dermatologie pour une adénopathie inguinale gauche (lymphogranulomatose probable), dont le début remonte à une quinzaine de jours.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Aucune affection antérieure. Le malade a toujours eu une santé excellente ; il ne se rappelle même pas avoir eu les petites maladies habituelles de l'enfance. Il n'a jamais été arrêté dans son travail, et c'est la première fois qu'il vient à l'hôpital.

Pas d'antécédents vénériens. Ethylisme léger.

A fait quatre années de guerre dans l'infanterie : vingt-sept mois, de front, au cours desquels il a reçu une blessure par balle, sans gravité, à l'épaule gauche ; et dix-neuf mois de captivité en Allemagne, dont il est revenu sans avoir été éprouvé dans sa santé.

Le malade est manœuvre à la Compagnie O.-T.-L. Il travaille à la réfection des voies de tramways.

Non marié.

L'affection actuelle a débuté il y a une quinzaine de jours. Presque par hasard le malade s'est aperçu de la présence au niveau de son pli inguinal gauche, d'une petite tuméfaction non douloureuse, (« comme une glande » dit-il lui-même), à laquelle il n'attacha tout d'abord aucune importance.

Il avait eu des rapports sexuels durant des semaines qui avaient précédé l'apparition de cette tuméfaction ; il n'a pas remarqué d'écorchures, ni ulcérations au niveau des organes génitaux ou du membre inférieur.

Les jours qui suivirent, cette grosseur s'accrut assez rapidement, conservant son caractère d'indolence à peu près complète

et ne s'accompagnant d'aucun phénomène général . mais elle ne tarda pas à gêner le malade par son volume. La peau commença à rougir par places à ce niveau ; le malade ressentit quelques picotements. Bientôt, infortuné par cette masse inguinale qui le gênait dans son travail, il demanda à aller voir le médecin. Ce dernier l'adressa à la clinique de l'Antiquaille d'où on le fit passer dans le service de M. Favre.

A l'examen, sujet présentant un bon état général. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement. On constate, au niveau de la région inguino-iliaque gauche, une tuméfaction volumineuse, irrégulière, bosselée, ayant à la palpation une consistance dure, sauf en deux points où l'on obtient une fluctuation nette localisée.

En palpant avec les deux mains, on constate que cette masse n'est pas fixée mais qu'on peut la mobiliser facilement sur les plans sous-jacents ; et d'autre part qu'elle s'étend assez bien vers la profondeur. Pas de douleur spontanée ni provoquée par l'examen ; le malade se plaint seulement d'être gêné par le volume de cette masse.

La peau qui recouvre cette tuméfaction est épaissie et adhérente ; elle est rouge, chaude, amincie au niveau des deux zones fluctuantes mentionnées plus haut.

La palpation profonde de la fosse iliaque interne gauche permet de sentir des ganglions hypertrophiés. L'examen des territoires lymphatiques tributaires des ganglions inguinaux gauches ne montre aucune porte d'entrée : (écorchures, plaie ou ulcération), qui soit visible.

A droite, on perçoit de petits ganglions mobiles, non hypertrophiés.

Appareil respiratoire. — Sonorité normale. A l'auscultation, on entend quelques petits râles de bronchite sans autres signes. Aucun symptôme fonctionnel. Le malade ne tousse, ni ne crache ; il n'est pas oppressé.

Appareil circulatoire. — **Cœur :** Pointe, dans le cinquième espace, non dévié en dehors. A l'auscultation, on perçoit un souffle systolique qui s'entend à tous les foyers (sauf au niveau de l'appendice xiphoïde) et semble avoir son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche sur le bord sternal ; par contre, propagation nette vers la clavicule et les vaisseaux du cou. Le souffle est peu intense, il n'est pas rude et ne se propage pas dans l'aisselle. Il ne couvre pas le premier bruit et se prolonge pendant le petit silence.

Pouls : 62. régulier, bien frappé.

Tension $\frac{10,5}{6}$ au Gallavardin.

Appareil digestif. — Rien à signaler, foie et rate normaux.

Système nerveux. — Pupilles égales, réagissant bien aux deux modes. Réflexes tendineux égaux et symétriques. Réflexes cutanés normaux.

Urines claires ; ni albumine, ni sucre.

3 février 1922. (M. Garin). — A l'examen ce matin, on constate au niveau du bubon de l'aîne gauche deux collections fluctuantes dont la plus externe s'est ouverte spontanément, et laisse échapper une sérosité louche avec débris sphacelés.

Sur le gland, on constate de petites érosions. A droite, les ganglions sont également augmentés de volume sans que la peau leur soit adhérente ni soit changée de coloration. On ne trouve, ni du côté de l'anus, ni du côté du membre inférieur d'érosion ni d'ulcération.

Au cœur : pointe dans le cinquième. Pas de frémissement à la palpation. On entend un souffle systolique dont le maximum est à la région méso-cardiaque, se propageant peu vers l'aisselle, s'entendant aussi bien assis que couché, mais disparaissant dans les inspirations profondes. Ce souffle n'a donc pas les caractères d'un souffle organique. On entend également sur la clavicule et dans le cou des souffles anémiques.

On prélève du pus pour examen direct.

Prise du sang pour Wassermann.

8 février 1922. — Réaction de Wassermann négative.

15 février 1922. (Docteur Favre). — La masse inguinale s'est ouverte spontanément en un point. Une seconde collection a été ponctionnée et l'on aensemencé le pus. Il a été fait au malade un chancre d'inoculation, qui n'a donné lieu après quatre jours qu'à une lésion extrêmement superficielle, abortive, actuellement desséchée. Le résultat est donc absolument négatif.

Au-dessus de la masse inguinale, on trouve une très grosse tuméfaction des ganglions iliaques, qui atteint le volume d'une mandarine. Signe de l'ébranlement très positif.

On ne voit aucun accident cutané ou muqueux de syphilis. Les fistules restent minimes, donnant naissance à une sérosité, plutôt qu'à du pus. Aucun signe de chancrellisation. La fosse iliaque interne du côté opposé est libre. Pas de température. L'examen d'une collection, dont le pus après ponction a été étalé sur lame n'a montré aucun bacille de Ducrey.

24 février 1922. (Docteur Favre). — On a commencé un traitement par l'émétine, hier. L'aîne droite se prend à son tour. On y perçoit des ganglions isolés, durs, du volume d'une

amande pour les plus gros. Cette adénopathie est nettement syphiloïde ; mais les ganglions sont douloureux à la pression. Œdème mou de la verge, volumineux.

L'adénopathie inguino-iliaque gauche persiste sans modification.

1^{er} mars 1922. — Le malade a reçu 0 gr. 60 d'émétine en huit jours (à raison de deux piqûres de 0,04 centigr. chacune par jour).

16 mars 1922. (Docteur Favre). — Le traitement par l'émétine n'a eu aucun résultat. La masse inguino-iliaque est toujours très volumineuse. Les ganglions du côté droit n'ont pas augmenté de volume.

L'état général du malade est bon. Aucun signe clinique de syphilis n'a fait son apparition, bien que l'adénopathie ait paru au début de janvier.

Une seconde réaction de Wassermann a été également négative.

Le malade désirant être guéri le plus tôt possible est envoyé en chirurgie.

18 mars 1922. (Docteur Favre). — Intervention. — La peau qui recouvre la masse ganglionnaire est très épaissie lardacée. La masse inguinale est extirpée ; elle est constituée par des ganglions succulents, quelques-uns très congestionnés, d'autres ayant l'aspect chair de poisson. On trouve dans ces ganglions quelques rares abcès minuscules à pus collecté blanchâtre, et de plus nombreux foyers lenticulaires, d'aspect blanchâtre, mais n'ayant pas encore subi de ramollissement.

Les ganglions iliaques sont très volumineux.

L'opération reste partielle en raison de la stase lymphatique, que l'on craint d'augmenter et pour ne pas produire d'éléphantiasis post-opératoire.

OBSERVATION XVI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Favre,
médecin des Hôpitaux.

Adénite inguino-crurale à streptocoques.

L'observation concerne un homme, G... M..., de 49 ans, manoeuvre, entré le 20 juin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du Docteur Favre, pour des accidents inflammatoires de la région inguinale gauche. Le début de ces accidents remonte à dix jours environ ; le malade remarque à ce moment l'existence d'une

petite grosseur, qui siégeait à la racine de la cuisse, au-dessous du pli de l'aîne, et qui était très sensible. Le malade attribue cette grosseur à un effort (?) Il consulte un médecin, qui prescrit de la pommade mercuriale ; mais bientôt une nouvelle tuméfaction apparaît au-dessus du pli inguinal. Le malade a de la fièvre, des frissons, des vomissements. La peau devient rouge, la douleur est très vive, et le malade vient à l'hôpital.

On constate en l'examinant, qu'il est porteur, dans la région inguino-crurale gauche, d'une tuméfaction à limites diffuses, mais divisée en deux parties par le pli inguinal. Le gros de la tuméfaction siège au-dessous de l'arcade crurale, et forme une masse régulière, lisse, du volume d'un œuf environ, atteignant en dedans la racine des bourses. La masse supérieure est moins volumineuse, la peau est sur toute la région rouge, infiltrée. On détermine par la pression sur des téguments une empreinte blanche, passagère. La douleur à l'exploration de la masse inflammatoire est partout très vive. On ne note pas de lésions génitales.

On trouve sur la crête du tibia, dans sa partie moyenne, une petite plaie traumatique.

L'examen viscéral du malade est négatif.

La température dépasse 39°.

Le diagnostic porté à ce moment, est celui d'adénophlegmon de la région inguino-crurale.

L'affection diffère profondément par la rapidité de son évolution, par l'intensité des phénomènes généraux, par la violence de la douleur, de la lymphogranulomatose.

28 juin 1921. — On incise ce matin la tuméfaction inférieure ; il s'écoule une très grande quantité (un verre et demi) de pus chocolat, strié de sang.

L'examen microscopique montre des streptocoques.

3 juillet 1921. — Le malade va très bien ; la tuméfaction s'est presque entièrement vidée. La température est tombée à la normale dans trois jours, après l'ouverture de l'abcès.

15 juillet 1921. — Le malade a quitté le service ; les lésions pansées à l'eau d'Alibour ont guéri avec une extrême rapidité.

PLANCHE I

(FIG. 1)

Gomme à centre homogène. — La figure montre la netteté de contour de la formation plongée dans un tissu ganglionnaire profondément remanié par l'inflammation. Le noyau central de la gomme est entouré d'une bordure claire de cellules épithélioïdes. Il n'est pas rare, dans cette bordure, de trouver des cellules géantes. A la limite de la bordure épithélioïde et du centre homogène de la gomme, on voit quelques corpuscules chromophiles, qui sont en réalité des débris chromatiniens. Les caractères du tissu inflammatoire qui entoure la gomme ne peuvent être analysés à ce grossissement. La congestion vasculaire est manifeste. Le tissu conjonctif est peuplé de cellules très nombreuses. Il n'y pas de trace d'encerclement de la gomme par du tissu de sclérose.

FIG. 2)

Abcès à bordure épithélioïde. — Le centre de la gomme est ici envahi par des cellules que l'on peut distinguer même à ce grossissement. Ce sont des leucocytes polynucléaires dont bon nombre des noyaux présentent des signes de dégénérescence (séparation des lobes des polynucléaires, condensation de la chromatine). On trouve également à côté des leucocytes de grandes cellules mononucléées. La gomme s'est transformée en un véritable abcès, sa bordure épithélioïde est extrêmement visible. Il est plongé dans un tissu inflammatoire très riche en cellules. Parmi ces éléments cellulaires les plasmazellen, ainsi que le montre la figure, sont en grande abondance. En un point de la bordure épithélioïde en haut et à droite, on distingue une cellule géante.

PLANCHE I

FIG. 1

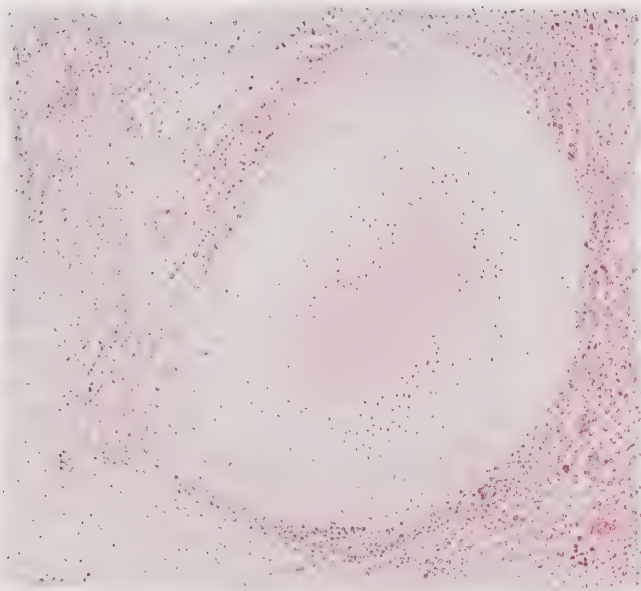


FIG. 2

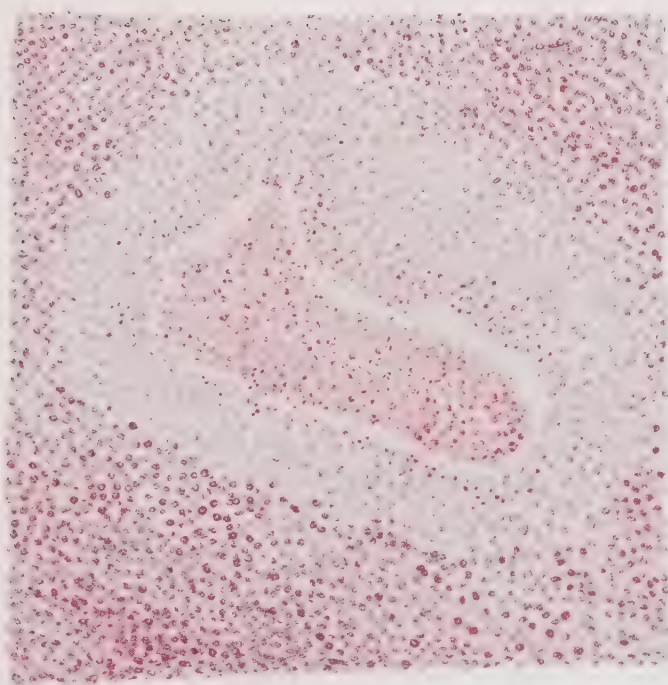


PLANCHE II

(FIG. 1)

Bordure épithélioïde d'un abcès. — Le parenchyme ganglionnaire est à droite de la figure. La zone épithélioïde en occupe le centre. A gauche on arrive sur la limite de l'abcès. La bordure épithélioïde, que cette figure met bien en évidence, est représentée par des cellules à large protoplasma acidophile. Dans cette bordure, se voient des formations cellulaires multinucléées, véritables cellules géantes. Sur certaines gommès, la bordure épithélioïde ici légèrement discontinue, est plus cohérente. A la limite de la zone épithélioïde, on trouve des leucocytes polynucléaires dont les noyaux présentent des phénomènes de pycnose, et dont les débris chromatiniens forment les corpuscules signalés par nombre d'auteurs, et dont la signification parasitaire a été discutée. L'examen des coupures montre qu'en dedans de la zone figurée sur la planche, on trouve dans l'abcès outre les leucocytes polynucléaires, de grosses cellules mononucléées qui ne sont pas figurées ici.

(FIG. 2)

Zone d'inflammation du tissu conjonctif interganglionnaire.
Les lésions sont ici représentées par une inflammation diffuse du tissu conjonctif, qui est peuplé d'un très grand nombre de cellules. La plupart des éléments cellulaires sont des cellules plasmiques. En un point, on trouve une cellule multinucléée, à nombreux noyaux disposés en couronne. La congestion vasculaire est très nette sur la coupe. Quelques polynucléaires sont épars dans le tissu inflammatoire, qui représente un véritable plasmôme.

(Coupes provenant de la collection de M. le Dr Favre).

PLANCHE II

FIG. 1

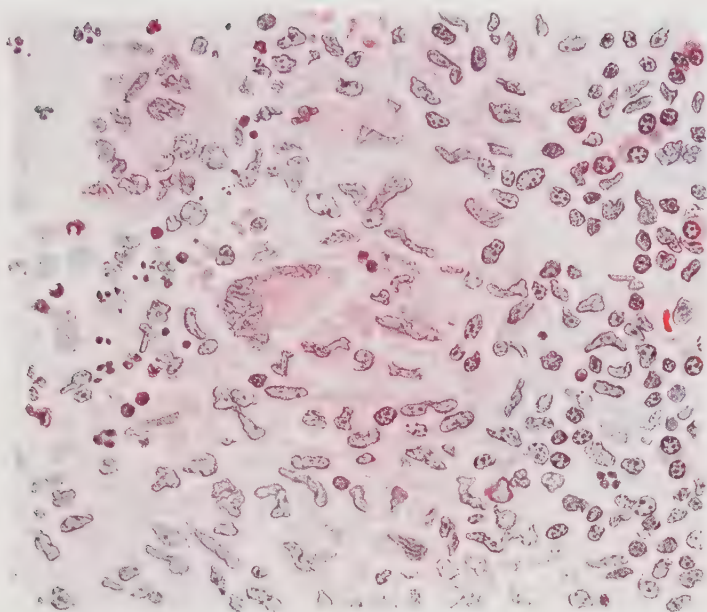
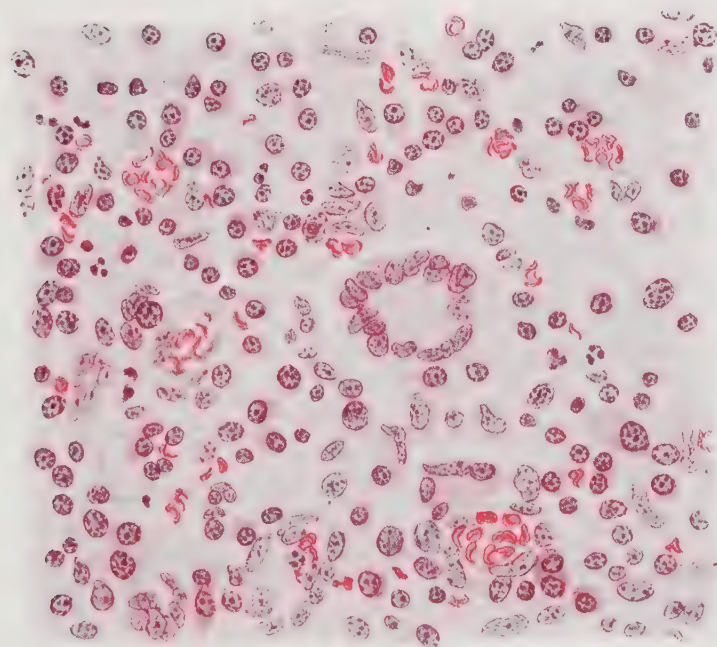


FIG. 2



CONCLUSIONS

La maladie décrite, en 1913, sous le nom provisoire de lymphogranulomatose inguinale, est une inflammation des ganglions inguinaux et iliaques, une adénite subaiguë avec péri-adénite qui, **après une première phase troublée d'installation**, évolue d'une façon torpide, et avec une remarquable indolence (signe de l'ébranlement ganglionnaire).

— La masse ganglionnaire enflammée ne subit jamais une fonte totale, mais présente des ramollissements localisés, des suppurations parcellaires, qui sont le point de départ de fistules longtemps persistantes, que ne vient jamais compliquer le phagédénisme ou la chancrellisation.

— La maladie s'accompagne fréquemment, et le plus souvent au début de son évolution, de modifications de l'état général, de symptômes généraux, qui témoignent qu'avant d'être une affection à symptomatologie surtout locale, elle se comporte, pendant une période plus ou moins longue de sa durée, comme une infection générale.

Le pronostic est favorable, mais par sa longue durée, sa chronicité, sa résistance à la thérapeutique, la lymphogranulomatose inguinale témoigne d'une réelle gravité locale.

— L'observation attentive des malades montre la fréquence de lésions antécédentes génitales, cutanées, plus rarement muqueuses, que l'on doit interpréter comme ayant la signification d'accidents primitifs. C'est à leur niveau qu'a lieu la pénétration du virus.

Leur type est loin d'être banal ; la forme la plus typique de ce qu'on pourrait désigner avec M. Bory, du nom de « chancre lymphogranulomateux », est représentée par une érosion minime, lenticulaire (chancre herpétiforme), qui peut être soustendue par un infiltrat, qui la surelève : (chancre papuleux).

D'autres types plus rares d'accidents primitifs ont été observés.

Plus rarement le malade présente une légère uréthrite, à écoulement blanchâtre non gonococcique.

— Les accidents cutanés superficiels, très différents des lésions vénériennes jusque là classées, peuvent n'avoir qu'une durée éphémère. La maladie ganglionnaire paraît alors indépendante de toute lésion génitale antécédente. Ces cas sont d'autant plus rares qu'on recherche systématiquement et plus attentivement l'accident primitif et ses séquelles.

— La lymphogranulomatose inguinale est une affection de l'adulte ; son maximum de fréquence coïncide avec la période d'activité sexuelle. Elle est rare chez la femme, on ne la voit pas chez l'enfant. C'est une affection relativement fréquente, contagieuse, contractée au cours des rapports sexuels. La durée de l'incubation, difficile à préciser, varie de 10 à 25 jours.

Le nom de lymphogranulomatose, donné d'abord à l'af-

fection, lui vient des transformations inflammatoires qui remanient les ganglions et l'atmosphère cellulaire périganglionnaire ; et les transforment par places en un tissu conjonctif, dont la structure rappelle celle du bourgeon charnu (Granulome).

— Au sein de ce tissu conjonctif enflammé, riche en cellules plasmatiques, se voient les formations typiques de la maladie : gommès, abcès à bordure épithélioïde, figurées dans nos planches. Une particularité des abcès est l'existence en abondance, à côté des leucocytes polynucléaires, de grosses cellules acidophiles, dont le protoplasma renferme de nombreux corpuscules chromophiles. L'abondance de ces corpuscules est également une des particularités de la lymphogranulomatose ; et l'on a soulevé à leur propos l'hypothèse de leur signification parasitaire. Des cellules géantes, des foyers de cellules épithélioïdes se voient également dans le tissu ganglionnaire, ou dans le tissu conjonctif enflammé de la gangue de périadénite.

Les lésions vasculaires sont constantes et souvent très intenses.

— Le chancre lymphogranulomateux présente des caractères qui le différencient des lésions infectieuses banales, comme aussi des ulcérations du chancre mou et du chancre syphilitique.

Dès son début, et dans sa première lésion, la lymphogranulomatose a sa marque propre, est déjà reconnaissable.

La maladie n'a rien de commun avec le Granulome

malin des allemands, que M. Favre a proposé de désigner du nom d'Adénie éosinophile prurigène.

— Le terme de lymphogranulomatose donné d'abord à la maladie n'est que provisoire, et prête à des confusions. Le terme d'ulcère simple adénogène (Bory), d'ulcère vénérien adénogène est préférable. Le nom de quatrième maladie vénérienne conviendrait également pour désigner une maladie, dont tout démontre l'autonomie et la spécificité.

— L'examen bactériologique direct du pus ganglionnaire est le plus souvent négatif. Le pus des fistules renferme des cocci et des espèces bactériennes gardant le Gram ; jamais le bacille de Ducrey n'y a été décelé, même après raclage des trajets fistuleux. La recherche des amibes a toujours été négative.

— Les cultures sur milieux spéciaux, ont permis d'isoler des microorganismes gardant le Gram, qui ont été rencontrés avec une telle fréquence, que l'on ne peut manquer d'attribuer à ce fait une réelle signification. Il n'a pas encore été possible d'étudier l'action pathogène expérimentale de ces microorganismes, dont le classement est difficile. Par certains de leurs caractères ils se rapprochent du groupe des corynébactéries, par d'autres des myco-bactéries ou des actinomycètes (M. Favre). Les inoculations au cobaye, la recherche directe du bacille de Koch sur frottis et par culture sur des milieux à l'œuf, ont régulièrement donné des résultats négatifs.

— La lymphogranulomatose n'est pas une adénite tuberculeuse ; la tuberculose des ganglions inguinaux est

rare. La conception de l'adénite strumeuse de l'aîne ne repose sur aucun fondement expérimental.

— Elle n'est pas une adénite chancrelleuse, dont elle diffère par la torpidité d'évolution, la prise des ganglions iliaques, l'absence constante de chancrellisation et de phagédénisme, l'échec constant des inoculations au porteur, l'absence du bacille de Ducrey dans le pus des abcès intra-ganglionnaires comme aussi dans le pus des fistules.

— Elle est indépendante de la syphilis, ainsi que le prouve l'étude clinique, les recherches sérologiques, l'inefficacité du traitement spécifique.

— Elle est indépendante du bubon pesteux et des adénites provoquées par des pyogènes banaux.

La lymphogranulomatose inguinale est une maladie génitale contractée par les rapports sexuels ; c'est une affection vénérienne, nous dirions volontiers d'elle qu'elle est la quatrième maladie vénérienne.

Tous les caractères de la lymphogranulomatose inguinale, que nous avons énumérés sont aussi ceux d'une affection, dont la nature est restée longtemps inconnue : l'adénite climatérique.

L'adénite climatérique présente la même localisation inguino-iliaque, la même allure torpide, prolongée, les mêmes ramollissements partiels entraînant la formation de fistules interminables, que ne complique jamais la chancrellisation ou le phagédénisme.

Ses lésions, tant macroscopiques que microscopiques, sont rigoureusement superposables à celles de la lymphogranulomatose.

Elle atteint les hommes jeunes, exceptionnellement les femmes, jamais les enfants.

Les plaies banales ne lui donnent pas naissance. **Elle est contractée par les rapports sexuels (Rost, Müller et Justi).**

On trouve, en examinant les malades, des lésions cutanées primitives d'inoculation, véritables chancres (Müller et Justi), plus rarement une uréthrite non gonococcique (Müller et Justi, Steudel).

L'examen bactériologique direct est le plus souvent négatif ; il n'a jamais mis en évidence le bacille de Ducrey ou le tréponème.

La réaction de Wassermann s'est montrée négative, dans les cas où elle a été recherchée. L'adénite climatérique n'a jamais été suivie d'accidents de syphilis constitutionnelle. Elle est indépendante de la tuberculose, de la syphilis, de la chancrelle, comme aussi de la peste et des adénites provoquées par les pyogènes banaux.

Elle est, ainsi que l'on établi les recherches récentes (Müller et Justi 1914), une maladie génitale, contractée par les rapports sexuels, une véritable maladie vénérienne spécifique. Pareille démonstration avait été antérieurement faite dès 1913, pour la lymphogranulomatose inguinale, véritable bubon nostras. En fait, lymphogranulomatose et adénite climatérique sont une seule et même maladie, qui s'observe aussi bien dans nos climats tempérés que sous les tropiques (M. Favre).

Le territoire géographique de l'affection, dont la signification a été dégagée par les auteurs lyonnais, est donc extrêmement étendu. L'intérêt et la portée de leurs recherches en augmentent d'autant.

Les deux affections ont le même traitement. En l'absence d'une thérapeutique spécifique, c'est à la radiothérapie qu'il faut recourir avant la période de fistulisation. En cas d'adénopathie fistulisée, de très gros volume, l'ablation chirurgicale est la méthode, qui assure le plus rapidement la guérison.

Vu .

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

D^r NICOLAS.

Vu et permis d'imprimer : LYON, le 31 mars 1922.

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

Jean LEPINE.

BIBLIOGRAPHIE

PREMIÈRE PARTIE

- CHASSAIGNAC (E.). — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, 1859, p. 354-355.
- ROLLET (J.). — *Des complications du chancre simple. Traité des Maladies vénériennes*. I, fascicule, 1865.
- VELPEAU (Alf.). — Article « Adénites » in *Dictionnaire de Dechambre*, 1865.
- RICARD. — *Note sur une variété d'adénopathie cervicale chronique non tuberculeuse*. Congrès français de Chirurgie, 12 octobre 1869, p. 674.
- DUBRAUDY. — *Adénite idiopathique*. Thèse de Paris, 1878.
- JULLIEN (L.). — *Traité pratique des maladies vénériennes*. J.-B. Baillière, éditeurs, Paris, 1879.
- JOUET (G.). — *Des lymphangites et des adénites tardives*. Thèse de Paris, 1886, p. 43.
- NÉLATON (A.). — *De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires. Leçon de clinique chirurgicale*. Semaine Médicale, p. 402-403, 1890.
- JULLIEN (L.). — *Conduite à tenir dans certains cas de bubons. Coexistence du bubon simple et du bubon virulent*. Le Bulletin Médical. Paris, 1892, p. 1501-1503.
- BRAULT J. — *Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë*. Lyon Médical, mars 1894.
- IDIDAY P. — *La pratique des maladies vénériennes*, p. 242-259. Paris, 1894.
- LETARS Félix. — *Le bubon strumeux de l'aîne*. Presse Médicale, Paris, 1894.

- TILMANN. — *Bubonen, Charité-Annalen*, Berlin, 1894, p. 365-367.
- TROUSSEAU A. — *Adénie (XCII)*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, Tôme troisième, Paris, 1894.
- BRAULT J. — *Bubons froids d'origine banale*. Lyon Médical, 1895, Tôme II, p. 103-106.
- LEJARS Félix. — *Bubon strumeux de l'aîne. Leçons de Chirurgie de la Pitié*, p. 200-211.
- L'HARDY (E. F. J. H.). — *De l'adénite subaiguë simple de l'aîne à foyers purulents intraganglionnaires*. Th. Paris, 1894-95, n° 135, 50 p.
- BRAULT J. — *Adénites inguino-crurales subaiguës d'origine infectieuse banale*. Semaine Médicale, 1896, page 391-392.
- GODDING Ch. — *On non venereal bubo*. British Medical Journal, 1896.
- BRAULT J. — *Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux*. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1897, page 215.
- GODDING Ch. — *Non venereal bubo*. British Medical Journal, June 12, 1897, page 1475.
- LEJARS F. — « *Adénite subaiguë et chronique simple* », in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 1897, Tôme I. — Ibid : « *Bubons* », « *Tuberculose des ganglions lymphatiques* », p. 705-759.
- YAMAGINA. — *Ueber die Bubonenpest*. Virchows Archiv Suppl., 1897. Bd 149.
- FOURNIER Alfred. — *Traité de la Syphilis*, fascicule I, 1898.
- BRAULT J. — *Les infections lentes et atténuées*. Archives générales de Médecine, 1899.
- DELBET Paul. — *Des adénites chroniques non tuberculeuses du cou et de leur valeur diagnostique dans certaines affections et en particulier dans la végétation adénoïde du pharynx nasal*. Congrès français de Chirurgie, séance du 25 octobre 1901, p. 809-813.
- DELBET Paul. — *Sur une indication peu connue d'extirpation des ganglions iliaques*. Congrès français de Chirurgie, séance du 25 oct. 1901, p. 813-820.
- MARION G. et GANDY Ch. — *L'adénite subaiguë de l'aîne à foyers purulents intraganglionnaires prétendue « simple »*. Archives générales de Médecine, 1901, pages 129-172.

- CHAVANNE. — *Les adénites subaiguës de l'aîne*. Thèse de Lyon, 1902-1903.
- DURCK. — « *Anatomischen Veraenderungen in der Bubonic Pestis* », Wien, 1903.
- HERXHEIMER UND HUENER. — *Über die Röntgenbehandlung venerischer Bubonen*. Medizinische Klinik, 1906, H. 38.
- COLT G.-H. — *Five Cases of Inguinal Bubo*, « *Lancet* », London, April 13, 1907, p. 1010-1013.
- LASSUEUR A. — *Le traitement du bubon par les rayons X*, Arch. d'électr. méd., Bordeaux 1907, XV.
- DUGAS. — *Du traitement des adénites inguinales inflammatoires par l'extirpation*. Thèse de Montpellier, 1909.
- IMBERT LÉON. — *De l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires*. Lyon Chirurgical T. II, n° 4, p. 407-418, 1^{er} septembre 1909.
- AUDRY Ch. — *Sur le traitement du bubon chancrelleux et du bubon chronique*. Province Médicale, p. 373, n° 36, 3 septembre 1910.
- AUDRY Ch. — *Sur la structure du bubon chronique*, *Unna-Festschrift ; Dermatologische Studien* Hamb, u. Leipz., 1910, XX, p. 95-97. Leopold Voss, éditeur.
- BARJON F. — *Traitement radiothérapique des adénites suppurées, des ulcérations et des fistulisations, d'origine ganglionnaire*. Lyon Chirurgical, 1910, tome III, p. 678 et Lyon Médical, 17 avril 1910.
- JAUGEAS F. — *La radiothérapie dans les adénites aiguës*. Presse Médicale, 19 octobre 1910, n° 84, pages 777-778.
- KRZYSZTAŁOWICZ Franz (Prof.). — *Die Gestalt der Plasmome bei ulcus molle und syphilitischer Initialsklerose*, *Unna-Festschrift, Dermatologische Studien* I. Teil. Vol. 20. p. 154-160. Leopold Voss, éditeur, 1910, Hambourg und Leipzig.
- ODUDIN et ZIMERMANN. — *Valeur de la Radiothérapie dans le traitement des adénopathies*, Gazette des Hôpitaux, 1910, p. 87.
- PEARCE W. COUES. — *The diagnosis and treatment of inguinal bubo*. Boston Medical and Surgical Journal, décemb. 7, 1911, vol. 65, n° 23, p. 875-877.
- GOUGEROT H. — *Chancre mou*. Paris Médical, 20 avril 1912, n° 21, p. 505.
- RAYBAUD A. — *Adénite inguinale à tétragènes*. Marseille Médical, 1912, p. 337-338.

- DURAND M., J. NICOLAS et M. FAVRE. — *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable, peut-être vénérienne*. Société médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 31 janvier 1913). Bulletin et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 février 1913. — Idem : Province Médicale, 8 février 1913.
- DURAND M., NICOLAS J. et M. FAVRE. — *Lymphogranulomatose localisée de l'aîne*, Lyon Médical, Société de Chirurgie de Lyon. séance du 20 février 1913, page 64-77. — Lyon Chirurgical, 1^{er} mai 1913.
- GATÉ (J.). — *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires d'origine génitale probable, peut-être vénérienne*. Thèse de Lyon, 1913, 26 juin, 159 pages, n° 93.
- CLAUDE (J.-L.). — *Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires d'origine génitale probable, peut-être vénérienne*. Thèse de Lyon, 1913, 38 pages, n° 33.
- GOUGEROT H. et MEAUX Saint-Marc. — *Abcès chroniques fibreux, dus au bacille de Ducrey*. Annales des maladies vénériennes, n° 5, mai 1913, p. 321.
- NICOLAS J., DURAND M. et FAVRE M. — *Sur une variété d'adénite inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires, non chancrelleuse, non tuberculeuse, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne ; lymphogranulomatose localisée et suppurée de l'aîne*. Internat. Cong. Med., 1913, Lond., 1914, sect. XIII, Dermat. et Syphil.
- WITTIG (W.). — *Behandlung des Bubo mit Röntgenstrahlen*. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, p. 2351-51. T. 39.
- DURAND (M.), NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et J. GATÉ. — *Notes cliniques sur la lymphogranulomatose inguinale. A propos d'un nouveau cas*. Lyon Médical, 1914. — Idem : Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, séance du 10 mars 1914, pages 656-659.
- GOUGEROT (H.). — *Chancres mous ; bubons chancrelleux tardifs*. Annales des maladies vénériennes, 8 août 1914, p. 610.
- NICOLAS C. — *Traitement des bubons suppurés par la méthode rapide de Brault (d'Alger)*. Paris Chirurgical, 1914, vi, 476-479.
- SCHENDRIKOVSKI J.-I. — *Formation of inguinal chancroid buboes without characteristic development of soft chancre on the genitals*. Voyenno. Med. J. St. Petersburg, 1914, CCXXXIX, med. spec. pt., p. 274-276.

- GOUGEROT H. — *Bubons chancrelleux sans chancre*. Annales des maladies vénériennes, Paris, 1915, T. X, p. 449-458.
- GOUGEROT H. et RIO BRANCO DA SILVA. — *Suppuration ganglionnaire syphilitique*. Annales des maladies vénériennes, août 1915, n° 8, p. 477.
- GOUGEROT H. — *Bubons chancrelleux chroniques*. Annales des maladies vénériennes, 1915. T. X, p. 455-476.
- GOUGEROT H. — *Chancroidal buboes without chancroid*. Am. J. Urol. N. Y., 1915, XI, p. 428-430.
- KALL KURT. — *Die Behandlung der venerischen Bubonen mit Röntgenstrahlen*. Münchener medizinische Wochenschrift. Nr. 42, 19 octobre 1915, p. 1421-1422.
- BORY Louis. — *Adénopathies multiples pseudo-chancrelleuses*. Annales des maladies vénériennes, avril 1916, p. 206.
- GOUGEROT H. — *Adénites chancrelleuses : bubons chancrelleux sans chancre, bubons chancrelleux chroniques*. Paris Médical, 1916, p. 438-441.
- GOUGEROT H. — *Saprophytisme des germes ; son importance en prophylaxie*. Journal des Praticiens, 17 novembre 1917, n° 46, pages 721-723.
- SCHAUHMANN (J.). — *Etudes bactériologiques sur le Lupus pernio et les sarcoides cutanées*. (Travail du laboratoire bactériologique de l'institut médical de l'Etat, à Stockholm). Stockholm, 1917, Kungl. Borttryckeriet. P. A. Norstedt et Sønner.
- BORY L. — *Le xylol agent thérapeutique et prophylactique*. Presse Médicale, 10 février 1919.
- RICHARD (G.). — *Recherches cytologiques, expérimentales sur les corynébactéries (bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques)*. Th., Lyon, 1920.
- AUDRY Ch. et CHATELIER L. — *Syphilis à bouton d'emblée*. Bulletins de la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, 18 mai 1921, p. 292.
- AUDRY Ch. et CHATELIER L. — *Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire (syphilis à bubon d'emblée)*. Annales de dermatologie et syphiligraphie, n° 7, juillet 1921. T. II, p. 305-311.
- BALZER F. — *Maladies vénériennes*, in *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Carnot*, Paris, 1921.
- BORY Louis. — *Le lymphogranulome inguinal*. « La Médecine », novembre 1921, n° 2, p. 156-159.

- BORY Louis. — *Le chancre lymphogranulomateux*. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, n° 9, 1921, p. 451-458, séance du 10 novembre 1921.
- BORY Louis. — *Le lymphogranulome inguinal (ulcère simple adénogène des parties génitales)*. Le Progrès Médical, n° 49, 3 décembre 1921, page 565-569.
- COLRAT Adolphe. — *Contribution à l'étude des lymphadénies infectieuses. — L'adénie éosinophilique prurigène*. Th. de Lyon, 1921.
- FAVRE M. — *Note sur des recherches bactériologiques à propos d'une variété d'adénites inflammatoires de la région inguinale (lymphogranulomatose inguinale)*. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 18 mars 1921, page 395.
- GOUGEROT H. — *Syphilis acquise sans chancre ; syphilis sans chancre avec adénite indurée ; syphilis sans chancre avec bubon suppuré syphilitique*. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 1921, n° 33, p. 1522.
- GOUGEROT H. — *Chancrello-syphilis sans chancre mixte, porte d'entrée*. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 1921, n° 33, p. 1526.
- JOLTRAIN Ed. — *La Peste. — Etiologie, formes cliniques, Prophylaxie. Traitement*. Paris, 1921.
- NICOLAS J. et FAVRE M. — *Traitement radiothérapique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë*. C. R. de la Société de Biologie, n° 27, séance du 4 juillet 1921.
- RAVAUT P. et SCHEIKEVITCH. — *Lymphogranulomatose des ganglions de l'aîne. Fréquence de cette affection (présentation de pièces)*. Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 4 mars 1921, page 310.
- RAVAUT P. — *Le traitement de l'affection dite « Lymphogranulomatose inguinale subaiguë » par les injections d'émétine*. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1921, 16 juin, n° 20, page 865-874, séance du 10 juin 1921.
- DUFOUR H. et FERRIÉ. — *Adénite inguinale subaiguë à foyer purulent intraganglionnaire : guérison par le chlorhydrate d'émétine et la teinture d'iode*. Société Médicale des Hôpitaux 24 février 1922, cité dans « La Presse Médicale », 1^{er} mars 1922, p. 183.
- GOUGEROT H. — *Syphilis acquise sans chancre chancrello-syphilis*

- sans chancre mixte porte d'entrée. Annales des maladies vénériennes, n° 1, janvier 1922, pages 9-16.
- GOUGEROT H. — *Syphilis sans chancre à bubon induré non puré syphilitique*. Annales des maladies vénériennes, n° 1, janvier 1922, pages 17-23.
- RAVAUD et RABEAU. — *Réaction de Bordet-Wassermann passagèrement positive et oscillante au cours de l'affection dite « Lymphogranulomatose inguinale subaiguë des ganglions de l'aîne »*. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, VI^e série, Tome III, n° 2, février 1922, pages 80-86.

DEUXIÈME PARTIE

- *BODNAR A. — *Ueber Bubo malaricus*. Pester Med. Chir. Presse, 1879, n° 47.
- *RUBER J. — *Ein Fall von Bubo malaricus*. Pester Med. Chir. Presse, 1879, n° 47.
- SÉGARD. — *Contribution à la géographie médicale*. Archives de Médecine navale et coloniale, 1886, tome 46, p. 5-36.
- GUÉRIN L.-E. — *Contribution à l'étude de l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds, d'après les observations sur le croiseur « Hamelin »*. Bordeaux, th. Méd., 1887-88, n° 84.
- ROUX. — *Traité pratique des Maladies des pays chauds*. Tome III, page 35, 1888.
- MARTIN L. — *Aerztliche Erfahrungen über die Malaria der Tropen-Laender*. Berlin, 1889, p. 36.
- BLANC E. — *Note sur certaines adénites sans cause apparente, observées en Chine (Shanghai)*, 12 décembre 1895. La Semaine Médicale, 1896, p. 56.
- CANTLIE J. — *Climatic bubo*. British medical journal, 1896.
- *COBB E SIMPSON. — *Pestis ambulans*. Ind. med. Gaz., nov. 1896.
- LESUEUR-FLORENT. — *Les adénites d'apparence palustre*. Archives de Médecine navale et coloniale, 1896, juillet, p. 64-70.
- RUGE (R.). — *Die der Zanzibarküste eigenthümlichen klimatischen Leistendrüsenzündungen*. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1896. T. XXXVI, fasc. 3, p. 391-411.

- CANTLIE J. — *The spread of plague*. British medical journal, 1897.
— *A lecture on the spread of plague*. Lancet, 1897, Jan. 2, P. 4,
Jan. 9. P. 85.
- NAGEL O. — *Klimatische Bubonen*. Münchener Medizinische Wo-
chenschrift, 1 Maerz 1898, n° 9, p. 260-261.
- SCHEUBE B. — *Ueber klimatische Bubonen*. Archiv für klinischen
Medizin, 1899, vol. 64, p. 182-188.
- *BERTRAND. — *Adénites palustres*. Annales de la Société médico-
chirurgicale d'Anvers, 1900, mai-juin.
- *SMITH. — *Inguinal bubo as a complication of malarial fever*.
New-York Medical journal, 1901, 22 juin.
- *CADDY. — *Climatic bubos*. Ind. Med. Gaz., 1902, p. 257.
- *RIFE. — *Climatic bubo*, in Kusaie Caroline-Islanda-Journal of
Trop. Med., 1902, . 251.
- CANTLIE J. — *Climatic bubo and Pestis*. British med. journal, 1903.
- CASTELLANI AND LOW. — *Climatic bubo in Uganda*. Journal of Trop.
Med. 1903.
- DANTE FERRARO. — *Sul cosiddetto « Bubbone climatico »*. Annali
di Medicina navale. Anno IX, 1903, vol II. Fasc IV, Ottobre,
Roma, p. 344-353.
- SCHEUBE B. — *Krankheiten der warmen Länder. Die klimatischen
Bubonen*, 4 Auflage, 1910.
- ZUR VERTH. — *Beobachtungen über klimatische Bubonen*. Archiv
für Schiffs und Tropen-Hygiene. Leipzig, 1903, Band VII.
S. 63-84. Heft, 2.
- BATUT. — *Des adénites tropicales* (Comptes rendus de la section
de Méd. et d'Hyg. colon, 1904).
- CANTLIE J. — *Climatic bubo from wiche an organisme was cul-
tivated*. The British medical journal, Sep. 17, 1904, p. 669-670.
- CANTLIE AND MAWLETT. — *Bacteriology of climatic bubo*. The British
medical journal, 1904, April 23, p. 953-954.
- CASTELLANI. — *Climatic bubo in Uganda*. Ref. Mense s Arch. 1905,
p. 131.
- CLAYTON. — *Notes on climatic bubo*. Journ. Trop. Med. Hyg., 2. I,
1905. — *Note sul bubbone climatico*. Annali di Med. Navale e
Col. Anno XI, 1905, Vol. I, Fasc. IV, Aprile Roma.
- LE DANTEC (A.). — *Précis de Pathologie exotique*, page 668, Paris,
Doin, 1905.

- PLEHN A. — *Die tropischen Hautkrankheiten*. Menses Handbuch der Tropenkrankheiten, I, 1905.
- WURTZ (R.) et THIROUX (A.). — *Diagnostic et séméiologie des maladies tropicales*, 1905, Paris.
- L'UZZATI A. — *Alcune note sul bobbone climatico*. Annali di Medicina navale e Coloniale, Anno XII, 1906, Vol. II, Fasc. V-VI, Novembre-Dicembre, Roma, p. 585-599.
- BRAULT J. — *Note à propos des bubons climatériques*. Bulletin de la Société de Chirurgie, 29 mai 1907, p. 563-565.
- *CANTLIE J. — *Climatic bubo*, In : *System of Medicine (Allbutt)*, 8^e London, 1907, Vol II, p. 723-728.
- FONTOYNONT. — *Les bubons climatériques*. Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1907, Tome 33, séance du 8 mai 1907, p. 475-477.
- FONTOYNONT. — *Les bubons climatériques*. Semaine Médicale, 1907, 22 mai, p. 251.
- LOP. — *Adénite inguinale d'origine exotique*. Rapport de M. Paul Reynier à la « Société de Chirurgie de Paris », séance du 16 janvier 1907, Bulletin de la Soc. de Chirurgie, T. 33, p. 59-62.
- *PALHA — *Bubo climatico e suas relações com a peste bubonica*. Med. Contemp., 27 X, 1907.
- PAUL (G.) et WOOLLEY. — *Il bubbone climatico*. Annali di Medicina navale. Anno XIII, 1907, Vol. I, Fasc. V. Roma, p. 686-689.
- WOOLLEY. — *Climaticu bos*. Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene, 1907, Heft, 2.
- BRAULT J. — *Les bubons climatériques*. Traité des maladies des pays chauds, 1908.
- MANSON P. — *Maladies des pays chauds*, manuel de Pathologie exotique, Paris, 1908.
- PIGEON et TANTON. — *Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénites inguinales (Adénites climatériques à bacilles fluorescents)*. Archives générales de Médecine, 1908, p. 76-125.
- BRAULT J. — *Les bubons dits climatériques*. Gazette des Hôpitaux. 1909, n^o 88, p. 1111-1115.
- BRODIER H. — *Adénite climatérique, Bubon climatique dans le nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et P. Delbet*, 1909. tome XII, p. 203-207.

- FLEISCHNER (Alf.). — *Ueber klimatische Bubonen*. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene. Leipzig, 1909, Band XIII, Heft 15. S. 471-476.
- *GABBI U. — *Sul bubbone climatico in Sicilia*, Riv. Crit. di Clin. Med., 1909. — *Atti del Congresso internazionale di Medicina e Chirurgia di Budapest, 1909*.
- **Sanitätsberichte für die Kaiserl. Marine*, 1902/3-1908/9.
- FLEISCHNER A. — *Sui bubboni climatici*. Annali di Medicina navale e Coloniale, Anno XVI, 1910, vol I, Fasc. II, p. 229-231.
- GABBI (U.) CARISTO, ecc. — *Intorno al cosiddetto bubbone climatico. Studi intorno ad alcune malattie trop. della Calabria e Sicilia*. Roma, tipografia « Labicana », fasc. I.
- LETULLE (M.) et L. NATAN-LARRIER. — *Etude histologique du Bubon climatique*. Bulletin de la Société de Pathologie exotique. Tome III, n° 10, p. 755-759. Séance du 14 décembre 1910.
- SERRA G. — *Tre casi di « Bubbone climatico »*. Annali di Medicina navale, Anno XVII, 1911, Vol. I, Fasc. III, Marzo, Roma, 1911, p. 272-280.
- *BREINI. — *Two cases of climatic bubo*. Australian Inst. of Trop. Med. Report for the year, 1911.
- *ROSENAU (M.-J.) et ANDERSON (J.-F.). — *Climatic bubo. Hand Book Prakt. Treatment (Musser et Kelly)*. Londres, 1911, T. 2, p. 710.
- *GABBI (M.) — *Malattie trop. dell Italia Mer. e Sicilia*. Messina Principato Ed., 1912, II ediz, vol. I.
- PHILLIPS (E.-W.). — *Two cases of climatic (non venereal) bubo U. States Nav. M. Bull.*, Wash., 1912, vi 402-404.
- ROST (G.). — *Klimatische Bubonen*, Archiv für Schiffs und Tropen-Hygiene. Leipzig, 1912, Band, 16, Nr 20, Heft 20, S. 677-699. — *The Lancet*, 7 décembre 1912.
- GRALL (Ch.) et CLARAC (A.). — *Traité de Pathologie Exotique. Tome VI. Maladies Parasitaires. — Peste, par Simond (P.-L.)*. Paris, 1913. Bailliére, éditeur.
- *GRAY. — *Climatic bubo*. The Journ. of Trop. med. and Hygiene, 1913.
- *TRIADO. — *Tropical bubo*. Australasian Med. Gaz., 1913, May, 10, vol. 33, n. 19.
- BARLOW N. — *Epidemic climatic bubo*. American Journal of Tropical diseases, 1914, May, vol. I, n. II.

CHASTANG L. — *Quelques remarques au sujet de la nature et de l'origine du bubon climatérique*. Caducée, 1914, Paris, 2 mai, vol. 14, p. 118-119.

MUELLER (O.) et JUSTI (K.). — *Beitrag zur kenntnis der klimatischen Bubonen*. Beihefte zum Archiv für Schiffs-und Tropenhygiene, Leipzig, 1914, Band 18, Beiheft 8, 32 pages.

PLEHN (A.). — *Die pseudogenuinen (sog. « klimatischen ») Bubonen*. Menses Handbuch der Tropenkrankheiten, 1914, Bd 2.

VADALA E AREZZI. — *Su tre casi di bubbone, climatico a Mazzara S. Andrea*. Atti IV, Riunione. Soc. It. Pat. Esot. 1914, Roma, Tip. Moderna.

CASSONE (G.). — *Il bubbone climatico nella sua sindrome, etiologia, anatomia pathologica, e diffusione geografica. Rivista sistetica e contributo clinico*. Malaria e Malattie dei paesi caldi. Pubblicazione bimestrale, 20 Agosto, Anno VI, Fascicolo IV, p. 193-207, Roma 1915.

TREIBLY (C.-E.). — *Climatic bubo*. U. S. Nav. M. Bull. Wash. October 1916, vol. X, n° 4, p. 661-663.

*CASTELLANI'S AND CHALMER'S. — *Climatic bubo*. « Manual of Tropical Medicine », 3^e édition, 1919, p. 1966.

*MANSON-BAHR'S. — *Climatic Bubo*. « Tropical diseases », 7 th. édition, 1921, p. 740.

Nous avons indiqué d'un astérisque les auteurs dont nous n'avons pu lire les travaux dans le texte même, et dont nous n'avons eu connaissance que par des analyses faites par d'autres auteurs.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	14
CHAPITRE I. — Etude Clinique de la lymphogranulomatose inguinale, description générale, évolution.....	27
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	49
CHAPITRE III. — Etiologie	69
CHAPITRE IV. — Pathogénie	75
CHAPITRE V. — Diagnostic	88
CHAPITRE VI. — Lymphogranulomatose inguinale et bubons climatériques	109
CHAPITRE VII. — Traitement de la lymphogranulomatose in- guinale et du bubon climatérique	136
OBSERVATIONS	141
CONCLUSIONS	185
BIBLIOGRAPHIE	193
